

**Raluca Răcășan (Onicaș)**

**Aspecte ale participării socio-profesionale  
în contextul deficienței de vedere**

**Presa Universitară Clujeană**

**RALUCA RĂCĂȘAN (n. ONICAȘ)**

**ASPECTE ALE PARTICIPĂRII  
SOCIO-PROFESIONALE  
ÎN CONTEXTUL  
DEFICIENȚEI DE VEDERE**

**PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ**

**2015**

***Referenți științifici:***

**Prof. univ. dr. emerit Vasile Liviu Preda**

**Conf. univ. dr. Ioan Chelemen**

**ISBN 978-973-595-938-8**

**© 2015 Autoarea volumului. Toate drepturile rezervate. Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul autoarei, este interzisă și se pedepsește conform legii.**

**Tehnoredactare computerizată: Cristian-Marius Nuna**

**Universitatea Babeș-Bolyai**

**Presa Universitară Clujeană**

**Director: Codruța Săcelean**

**Str. Hasdeu nr. 51**

**400371 Cluj-Napoca, România**

**Tel./fax: (+40)-264-597.401**

**E-mail: [editura@editura.ubbcluj.ro](mailto:editura@editura.ubbcluj.ro)**

**<http://www.editura.ubbcluj.ro/>**

## CUPRINS

Lista abrevierilor .....	6
Lista graficelor și tabelelor .....	7
Lista anexelor .....	11
<i>PREFAȚĂ</i> .....	13
INTRODUCERE.....	15
CAPITOLUL 1. Delimitări conceptuale .....	20
1.1. Deficiența de vedere – definire și clasificare .....	20
1.2. Conceptul de participare .....	24
CAPITOLUL 2. Studii anterioare privind participarea în contextul deficienței de vedere.....	30
2.1. Introducere .....	30
2.2. Studii privind participarea persoanelor cu deficiențe de vedere.....	32
2.2.1. Studiul lui Lamoureux, Hassel și Keffe (2004a) asupra determinanților participării în activitățile de zi cu zi în cazul persoanelor cu deficiențe de vedere.....	33
2.2.2. Studiul lui Lamoureux, Hassell și Keffe (2004b) asupra impactului retinopatiei diabetice asupra participării în viața de zi cu zi .....	34
2.2.3. Studiul lui Di Cagno et all. (2012) asupra bunăstării psihologice și participării sociale la jucătorii de Torbal cu deficiențe de vedere – un studiu controlat.....	35
2.2.4. Studiul lui Alma, Van der Mei, Groothoff și Suurmeijer (2012) asupra determinanților participării sociale a adulților cu deficiențe de vedere vârstnici .....	35
2.2.5. Studiul lui Desrosiers et al. (2009) privind participarea în activitățile de zi cu zi și rolurile sociale ale adulților vârstnici cu deficiențe de vedere .....	37
2.2.6. Rezultatele unor studii vizând factori ai participării profesionale a persoanelor cu deficiențe de vedere.....	38
CAPITOLUL 3. Metodologia cercetării .....	40
3.1. Considerații introductive.....	40
3.2. Participanți .....	42
3.2.1. Eșantionarea și completarea protocoalelor .....	42

3.2.2. Prezentarea lotului de participanți .....	43
3.2.2.1. <i>Informații socio-demografice</i> .....	43
3.2.2.2. <i>Informații legate de dizabilitate</i> .....	52
3.2.2.3. <i>Aspecte ale funcționării psihologice</i> .....	60
3.2.2.4. <i>Cazuri tratate ca refuzuri</i> .....	61
3.3. Instrumente .....	62
3.3.1. Chestionarul pentru colectarea datelor socio-demografice și privind dizabilitatea.....	62
3.3.2. Chestionarul pentru măsurarea participării [CMP] .....	63
3.3.2.1. <i>Motivația elaborării chestionarului</i> .....	63
3.3.2.2. <i>Prezentarea chestionarului</i> .....	67
3.3.2.3. <i>Administrare și cotare</i> .....	69
3.3.3. Scalele de depresie, anxietate și stress (Depression Anxiety Stress Scales [DASS], Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F., 1995) ....	71
3.3.4. Scala de autoeficacitate generală (General Self-Efficacy Scale [GSE], Schwarzer & Jerusalem, 1995).....	72
3.3.5. Scala de stimă de sine Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale [RSES], Rosenberg, 1965) .....	73
3.3.6. Scala satisfacției în viață (Satisfaction with life scale [SWLS], Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) .....	73
3.4. Procedură .....	74
3.4.1. Date culese prin interviu telefonic .....	74
3.4.2. Date culese prin completarea formularului online de către participanți (cu verificare telefonică) .....	77
<b>CAPITOLUL 4. Specificul participării persoanelor cu deficiențe de vedere și factori ai acesteia .....</b>	<b>79</b>
4.1. Considerații introductive .....	79
4.2. Obiective și ipoteze .....	81
4.3. Prezentarea datelor .....	83
4.3.1. Participarea în activități productive .....	83
4.3.2. Participarea în relații personale .....	89
4.3.3. Participarea în comunitate .....	95
4.3.4. Participarea în afara casei .....	98
4.3.5. Implicarea în activități de petrecere a timpului liber .....	101
4.4. Analiza și interpretarea rezultatelor .....	103
4.4.1. Comparații în funcție de gen .....	103
4.4.2. Comparații în funcție de nivelul de studii.....	111
4.4.3. Comparații în funcție de nivelul de vârstă .....	112
4.4.4. Comparații în funcție de statusul ocupațional.....	115
4.4.5. Comparații în funcție de statusul marital.....	115
4.4.6. Comparații în funcție de nivelul restantului vizual.....	120

4.4.7. Comparații în funcție de alte criterii.....	122
4.4.8. Relații cu alte variabile.....	122
4.4.8.1. Satisfacția cu viața în relație cu participarea.....	122
4.4.8.2. Alte aspecte ale funcționării psihologice în relație cu participarea.....	124
4.4.8.3. Participarea în relație cu aspecte privind dizabilitatea.....	126
4.4.8.4. Participarea în relație cu alte variabile .....	130
<b>CAPITOLUL 5. Factori personali ai participării profesionale în contextul deficienței de vedere .....</b>	<b>132</b>
5.1. Obiective și ipoteze .....	132
5.2. Analiza și interpretarea rezultatelor .....	133
5.2.1. Informații privind ocupația.....	133
5.2.2. Diferențe în funcție de gen .....	134
5.2.3. Diferențe în funcție de nivelul educațional.....	137
5.2.4. Diferențe în funcție de nivelul restantului vizual.....	139
5.2.5. Aspecte ale funcționării psihologice în funcție de statusul ocupațional.....	140
5.2.6. Alte diferențe în funcție de statusul ocupațional.....	141
<b>CAPITOLUL 6. Concluzii .....</b>	<b>143</b>
6.1. Relații ale participării cu aspecte ale funcționării psihologice și alte variabile .....	144
6.2. Aspecte specifice ale participării în contextul deficienței de vedere în funcție de domeniile și dimensiunile acestora.....	147
6.3. Participarea profesională în contextul deficienței de vedere .....	153
6.4. Limitele ale cercetării și direcții potențiale de studiu.....	155
<b>BIBLIOGRAFIE .....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXE .....</b>	<b>164</b>
<b>POSTFAȚĂ .....</b>	<b>198</b>

## Lista abrevierilor

<b>Abr.</b>	<b>Semnificație</b>
<b>ANPH</b>	Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap
<b>AV</b>	Acuitate vizuală
<b>CIF (engl. ICF)</b>	Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății ( <i>engl. International Classification of Functioning, Disability and Health</i> )
<b>CMP</b>	Chestionarul pentru Măsurarea Participării
<b>CV</b>	Câmp vizual
<b>DASS</b>	Scalele de depresie, anxietate și stress ( <i>engl. Depression Anxiety Stress Scales</i> )
<b>GSE</b>	Scala de autoeficacitate generală ( <i>engl. General Self-Efficacy Scale</i> )
<b>INS</b>	Institutul Național de Statistică
<b>MMFPS</b>	Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice
<b>OMS</b>	Organizația Mondială a Sănătății
<b>PART-O</b>	Măsurarea participării obiective cu instrumente recombinate ( <i>engl. The Participation Assessment with Recombined Tools – Objective</i> )
<b>QMHD-DCP</b>	Modelul Quebec al dezvoltării umane și al procesului de creare a dizabilității ( <i>engl. Quebec Model of Human Development and Disability Creation Process</i> )
<b>RSES</b>	Scala de stimă de sine Rosenberg ( <i>engl. Rosenberg Self-Esteem Scale</i> )
<b>SWLS</b>	Scala satisfacției în viață ( <i>engl. Satisfaction with life scale</i> )

## Lista graficelor și tabelelor

Titlul graficului/ tabelului	Pagina
<b>Tabelul 1.1.</b> Comparație între clasificarea severității deficiențelor vizuale propusă de OMS în 1972 și revizuirea din 2006	23
<b>Graficul 3.1.</b> Distribuția participanților în funcție de vârstă	44
<b>Graficul 3.2.</b> Distribuția participanților pe categorii de vârstă, în funcție de gen	45
<b>Tabelul 3.1.</b> Cel mai înalt nivel de studii absolvite în funcție de gen	46
<b>Graficul 3.3.</b> Comparație între genuri în ceea ce privește cel mai înalt nivel de studii absolvite de către participanți	47
<b>Tabelul 3.2.</b> Cel mai înalt nivel de studii absolvite în funcție de vârsta participanților	48
<b>Graficul 3.4.</b> Statusul marital al participanților	51
<b>Graficul 3.5.</b> Nivelul restantului vizual al participanților	54
<b>Graficul 3.6.</b> Nivelul restantului vizual în funcție de genul participanților	55
<b>Tabelul 3.3.</b> Intercorelații între independența autopercepută, nivelul utilizării vederii, a sistemului Braille, a computerului și numărul anilor de studii într-o școală specializ.	58
<b>Graficul 4.1.</b> Numărul de ore petrecute cu muncă plătită pe săptămână	83
<b>Graficul 4.2.</b> Numărul de ore petrecute cu activități casnice pe săptămână	85
<b>Graficul 4.3.</b> Distribuția numărului de ore petrecute cu activități productive pe săptămână	87



<b>Graficul 4.4.</b> Asocierea dintre numărul de ore petrecute cu activități productive și niv. autoperceperii ca fiind ocupat	88
<b>Tabelul 4.1.</b> Formarea claselor pentru variabilele compozite ale rețelei sociale	90
<b>Tabelul 4.2.</b> Indici statistici de start pentru variabilele privind frecvența întâlnirilor	90
<b>Tabelul 4.3.</b> Formarea claselor pentru variabilele legate de frecvența întâlnirilor	91
<b>Tabelul 4.4.</b> Indici statistici de start pentru variabilele privind frecvența convorbirilor	92
<b>Tabelul 4.5.</b> Formarea claselor pentru variabilele legate de frecvența convorbirilor pe lună	92
<b>Graficul 4.5.</b> Numărul de ore petrecute cu activități împreună cu partenerul pe săptămână	93
<b>Graficul 4.6.</b> Frecvența participării la petreceri și reuniuni restrânse în familie sau cu prieteni/ lună	94
<b>Graficul 4.7.</b> Frecvența participării la petreceri mari și întruniri cu multe persoane necunoscute/ an	96
<b>Graficul 4.8.</b> Numărul orelor petrecute cu activități de voluntariat/ lună	96
<b>Graficul 4.9.</b> Frecvența ieșirilor la localuri publice/ lună	97
<b>Tabelul 4.6.</b> Dimensiuni ale participării în afara casei – procentul participanților pe clustere	99
<b>Tabelul 4.7.</b> Dimensiuni ale participării în activități de petrecere a timpului liber – procentul participanților pe clustere	100
<b>Tabelul 4.8.</b> Comparații în funcție de gen în ceea ce privește scorul de participare în activități productive și în dimensiunile acesteia	104
<b>Graficul 4.10.</b> Comparație în funcție de gen în ceea ce privește timpului petrecut cu muncă plătită	105
<b>Graficul 4.11.</b> Comparație în funcție de gen în ceea ce privește timpul petrecut cu îngrijirea copiilor și altor persoane	106

<b>Tabelul 4.9.</b> Comparații între mediile rangurilor celor două genuri în ceea ce privește participarea în comunitate și dimensiunile acesteia	108
<b>Tabelul 4.10.</b> Comparații între mediile rangurilor celor două genuri în ceea ce privește participarea în afara casei și dimensiunile acesteia	109
<b>Tabelul 4.11.</b> Comparații între mediile rangurilor femeilor și bărbaților în ceea ce privește participarea în activități de petrecere a timpului liber și dimensiunile acesteia.	110
<b>Tabelul 4.12.</b> Comparații între mediile rangurilor timpului petrecut cu studiul în funcție de nivelul de studii	111
<b>Tabelul 4.13.</b> Comparații între mediile rangurilor frecvenței întâlnirilor cu membrii ai familiei și cu alte persoane în funcție de nivelul de vârstă	113
<b>Tabelul 4.14.</b> Comparații între mediile rangurilor scorului de participare în afara casei, frecvenței ieșirilor și timpului petrecut în afara casei în funcție de nivelul de vârstă	114
<b>Tabelul 4.15.</b> Comparații între mediile rangurilor în ceea ce privește dimensiunile participării în relații personale în funcție de statusul marital	116
<b>Tabelul 4.16.</b> Comparații între mediile rangurilor în ceea ce privește dimensiunile participării în comunitate în funcție de statusul marital	117
<b>Tabelul 4.17.</b> Comparații între mediile rangurilor în ceea ce privește dimensiunile participării în afara casei în funcție de statusul marital	118
<b>Tabelul 4.18.</b> Comparații între mediile rangurilor în ceea ce privește implicarea în activități de petrecere a timpului liber în funcție de statusul marital	119
<b>Tabelul 4.19.</b> Comparații între mediile rangurilor în ceea ce privește dimensiunile participării în afara casei în funcție de nivelul restantului vizual	121
<b>Tabelul 4.20.</b> Coeficienți de corelație între participarea productivă și dimensiunile ei cu variabile legate de deficiența de vedere în cazul femeilor și bărbaților	127

<b>Graficul 5.1.</b> Distribuția numărului orelor petrecute cu muncă plătită pe săptămână	133
<b>Graficul 5.2.</b> Comparatie între numărul orelor petrecute cu muncă plătită pe săptămână în funcție de gen	134
<b>Tabelul 5.1.</b> Tabelul de contingență a statusului ocupațional cu genul	135
<b>Tabelul 5.2.</b> Mediile rangurilor orelor petrecute cu muncă plătită în funcție de nivelul de studii	138
<b>Graficul 5.3.</b> Comparatie între nivelul de studii al participanților în funcție de statusul ocupațional	139
<b>Tabelul 5.3.</b> Comparații în funcție de statusul ocupării în ceea ce privește satisfacția cu viața, stima de sine, autoeficacitatea, depresia, anxietatea și stresul	141

## Lista anexelor

Nr. anexă	Titlu anexă	Pagina
<b>Anexa 1.</b>	Chestionarul pentru colectarea datelor socio-demografice și privind dizabilitatea – forma pentru administrare prin interviu	165
<b>Anexa 2.</b>	Chestionarul pentru colectarea datelor socio-demografice și privind dizabilitatea – forma pentru autoadministrare	168
<b>Anexa 3.</b>	Chestionarul pentru Măsurarea Participării – forma pentru administrare prin interviu	172
<b>Anexa 4.</b>	Chestionarul pentru Măsurarea Participării – forma pentru autoadministrare	175
<b>Anexa 5.</b>	Traducerea chestionarului <i>The Participation Assessment with Recombined Tools Objective</i> [PART-O-17] (Bogner et al., 2011)	179
<b>Anexa 6.</b>	Formularul pentru colectarea datelor online	183
<b>Anexa 7.</b>	Formarea claselor pentru itemii aferenți CMP	191



## **PREFAȚĂ**

Ideea de cercetare a specificului participării socio-profesionale în contextul deficienței de vedere este una inedită la noi în țară și aflată la început de drum pe plan internațional, context în care abordarea acestei tematici a presupus gestionarea unor dificultăți inerente domeniilor noi de studiu. În calitate de conducător științific al lucrării de doctorat a autoarei, din care este desprinsă lucrarea de față, le-am cunoscut îndeaproape și m-am bucurat să văd cum acestea sunt depășite corespunzător în urma unor imbolduri potrivite.

Prima și cea mai importantă problemă este legată de răspunsul la întrebarea „*Ce este participarea*”, provocare de care depinde fundamental modalitatea ei de măsurare – care s-a dorit a fi cât mai obiectivă. Autoarea conectează conceptul de participare la cel de integrare, considerându-l pe acesta din urmă ca referindu-se la acțiunile îndreptate în direcția reducerii restricțiilor de participare, iar participarea ca o expresie a rezultatelor integrării sau la perspectiva individuală a acesteia. În acest sens, participarea poate fi considerată indicator obiectiv al integrării și în același timp scop fundamental al acesteia.

Definind participarea ca referindu-se la *nivelul de implicare în îndeplinirea setului de roluri sociale proprii individului*, autoarea reușește să operaționalizeze constructul și să propună un instrument util pentru măsurarea participării obiective, dezvoltat în concordanță cu propria viziune asupra participării, inspirată din abordările semnificative din literatura de specialitate actuală.

Studiul specificului și implicațiilor participării în grupuri speciale și în populație generală, cu toate că se află încă la început de drum, are perspective interesante și utilitate crescută, derivate din sugerarea unor relații cauzale în literatura de specialitate între aspecte participative și

variabile legate de sănătatea psihologică și chiar fizică, dar și alte dimensiuni ale calității vieții.

Cu toate că cel puțin la fel de valoroase sunt și contribuțiile premergătoare, referitoare la clarificarea conceptului de participare, operaționalizarea acestuia și propunerea modalității de măsurare/ evaluare, lucrarea prezintă descrie aproape exclusiv miezul cercetării întreprinse privind problematica participării socio-profesionale în contextul deficienței de vedere. Lucrarea prezintă succint conceptele centrale și studiile anterioare identificate privind problematica abordată, urmând să trateze extensiv și transparent aspecte metodologice și să prezinte două studii legate de participarea socio-profesională a persoanelor cu deficiențe de vedere și concluziile desprinse din acestea.

Ne aflăm în fața unei lucrări care prezintă o cercetare originală, aducând o contribuție importantă în ceea ce privește studiul calității vieții persoanelor adulte cu deficiențe de vedere și impactului aspectelor participative asupra funcționării psihologice, autoarea dovedind reale competențe de cercetător și deschidere spre investigarea unor domenii psihopedagogice complexe, mai puțin abordate până în prezent.

Având în vedere noutatea pentru literatura de specialitate din țara noastră a temei cercetate, calitatea abordării metodologice și mai ales caracterul aplicativ al investigațiilor, recomand lucrarea autoarei Raluca Răcășan (n. Onicaș) cu titlul *„Aspecte ale participării socio-profesionale în contextul deficienței de vedere”* tuturor celor interesați de problematica incuziunii, calității vieții sau a participării socio-profesionale a persoanelor cu deficiențe de vedere.

Cluj-Napoca,  
09.12.2015

**Prof.univ.dr. emerit Vasile Liviu Preda,**  
Departamentul de Psihopedagogie specială,  
Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației,  
Universitatea Babeș-Bolyai

## INTRODUCERE

Odată cu apariția modelului social de abordare a dizabilității și, implicit, cu deschiderea societății față de persoanele cu dizabilități prin filozofia incluziunii, în lumea științifică din domeniu s-a produs o deplasare a accentului dinspre incapacitățile indivizilor spre factorii din mediu care joacă roluri importante în integrarea persoanelor cu dizabilități. Astfel, s-au semnalat probleme legate de accesibilitate, de politici și legislație, de atitudini ale celorlalți membrii ai comunității, de acces egal la servicii educaționale, precum și de alți factori de mediu cu impact puternic asupra integrării sociale a acestui grup considerat minoritar.

O abordare mai complexă în perspectiva dinamică asupra dizabilității, propusă pe plan internațional oficial la începutul mileniului, sugerează că dizabilitatea nu este numai o problemă a persoanei cauzată de o anumită problemă de sănătate (cum este stipulat în modelul medical) și nici o problemă creată în cea mai mare măsură social, de mediul insuficient adaptat (conform modelului social), ci este o problemă care înglobează atât aspectele ce țin de individ și caracteristicile sale cât și contextul social și mediul în care acesta se regăsește. Astfel a fost lansat modelul biopsihosocial, care încearcă să realizeze o sinteză a perspectivei individuale și a celei sociale, propunând o abordare multidimensională a dizabilității.

Prin această perspectivă s-au propus modificări ale terminologiei referitoare la persoanele cu dizabilități prin înlocuirea termenilor utilizați anterior (deficiență, dizabilitate, handicap) și eliminarea celui de „handicap”, utilizându-se termenul de „dizabilitate” ca termen generic pentru toate cele trei niveluri – corp, individ și societate. Termenul de dizabilitate a devenit astfel un termen generic pentru afectari, limitări ale activității și restricții în participare, denotând aspectele negative ale interacțiunii dintre individ și factorii contextuali în care acesta se regăsește.



Dacă restricțiile de participare înlocuiesc termenul de handicap din modelul social, (prin care acesta era privit ca aspect social al unei dizabilități), conceptul de integrare s-ar referi la acțiunile îndreptate în direcția reducerii restricțiilor de participare. Participarea, în schimb, considerăm că se referă la integrare din perspectivă individuală sau la rezultatele integrării, întrucât nu face referire la acțiunile externe menite să egalizeze șansele de participare, ci la acțiunile indivizilor, mai precis la performanțele acestora.

Studiul participării, în speță în contextul unei dizabilități, presupune în prezent gestionarea unor provocări deloc neglijabile aferente dificultăților conceptuale specifice domeniilor noi de studiu. Conceptul de participare este ambiguu definit în literatura de specialitate, nediferențiat în mod clar sau deloc de cel de participare socială, confundat în parte cu cel de activitate și adesea chiar cu restricțiile de participare (exprimate mai clar de conceptul de handicap, conform modelului social). În plus, așa cum este firesc în acest context, instrumentele propuse la nivel internațional pentru măsurarea participării oglindesc dificultăți corespondente de operaționalizare a constructului.

În cadrul tezei de doctorat cu titlul *„Participarea socio-profesională în contextul deficienței vizuale”*, sub conducerea științifică a domnului prof. univ. dr. emerit Vasile Liviu Preda, am încercat depășirea acestor dificultăți și am derulat studiile prezentate în lucrarea de față, precum și altele.

Cartea cu titlul *„Aspecte ale participării socio-profesionale în contextul deficienței de vedere”* este împărțită în 6 secțiuni și conține o succintă prezentare a conceptelor centrale, o trecere în revistă a studiilor anterioare privind participarea în contextul deficienței de vedere, prezentarea aspectelor metodologice comune studiilor prezentate, cele două studii vizând specificul participării socio-profesionale în contextul deficienței de vedere și factori ai acesteia, urmând să fie prezentate concuiziile aferente într-un capitol separat.

Prin studiile prezente ne-am propus să analizăm și să prezentăm aspecte obiective ale participării unui grup de 80 de persoane cu deficiențe de vedere și să investigăm un set de factori socio-demografici și psihologici

în relație cu participarea socio-profesională., printr-o abordare de natură cantitativă, descriptiv-exploratorie, non-experimentală.

Participarea persoanelor adulte cu deficiențe de vedere este o temă foarte puțin și ambiguu abordată în studii la nivel internațional și cu atât mai puțin național, unde nu am reușit să identificăm publicații pe această temă. Exceptând participarea oficială în muncă, nu sunt disponibile date concrete legate de alte aspecte ale participării în cazul persoanelor cu deficiențe de vedere sau alte deficiențe, cel puțin la nivelul țării noastre. În literatura internațională am identificat câteva studii în care au fost analizate restricțiile sau dificultățile în participarea unor grupuri de persoane vârstnice, cu deficiențe de vedere dobândite la vârsta a III-a și/ sau cu deficiențe mai ușoare (cu acuitate vizuală  $<0.5$ , de exemplu), care însă prezintă în foarte mică măsură elemente comparabile cu datele noastre, nereferindu-se la participarea obiectivă.

Cu excepția unui studiu asupra determinantilor participării realizat pe populație de vârstnici cu deficiențe vizuale dobândite la vârsta a III-a, până în acest moment am identificat la nivel internațional sau național alte studii care să analizeze participarea obiectivă în contextul deficienței de vedere. Fără a avea pretenția că am epuizat toate sursele existente, cel puțin în bazele de date internaționale cunoscute, astfel de studii nu au fost identificabile utilizând cuvinte cheie relaționate.

Am ales acest domeniu de studiu cu motivația inițială de a încerca identificarea acelor factori care contribuie la tendința spre izolare a unor nevăzători, respectiv spre participare socială bogată a altora, având convingerea că un set de factori personali pot să explice în destul de mare măsură variația nivelului de izolare sau dimpotrivă, de participare.

Mai specific, depășind stadiul curiozității științifice, am considerat important de aflat din ce cauze – mai corect care sunt diferențele între – doi nevăzători care au caracteristici socio-demografice similare (de aceeași vârstă, cu același nivel de studii, cu o situație financiară similară, la fel de sănătoși sau bolnavi și eventual care locuiesc în același oraș) dar se situează la cele două extreme opuse ale participării. Am presupus că ar putea fi diferiți din punct de vedere al sănătății psihologice, al anumitor trăsături de personalitate, al adaptării la dizabilitate, al abilităților de

viață independentă, al atitudinilor, intereselor, preocupărilor și valorilor în viață, al nivelului suportului social primit și altele asemenea.

Cu toate acestea, ținând cont de provocările specifice eșantionării în populații speciale și mai ales de dificultățile presupuse de identificare a cazurilor cu participare redusă, constatând că domeniul de studiu nu a fost abordat anterior probabil din motive similare (sau cel puțin că nu am identificat dovezi) și că vom avea de gestionat inclusiv dificultăți conceptuale considerabile privind participarea, am redus din amplitudinea proiectului inițial accentuând problemele de bază ale participării, cel puțin pentru început.

În aceste condiții și în stadiul actual al cercetării propuse, principalele limite ale acesteia se referă la numărul mic de participanți și la metoda de eșantionare neprobabilistică aleasă, deși adaptativ – am putea spune – ținând cont de faptul că ne raportăm la o populație specială foarte heterogenă din punct de vedere al experienței vizuale și al nivelului restantului vizual util. Heterogenitatea crescută se datorează diversității afecțiunilor vizuale prezente adesea în combinații – ceea ce implică afectări variabile ale indicatorilor funcționali ai vederii –, dar și vârstei instalării deficienței vizuale – cu repercursiuni importante asupra nivelului și fidelității reprezentărilor vizuale.

Pe de altă parte, pentru măsurarea participării utilizăm un instrument de concepție proprie, ale cărui proprietăți psihometrice sunt incerte ținând cont de numărul de participanți și pe care îl considerăm perfectibil.

Importanța studiului participării derivă din impactul acesteia asupra calității vieții, atât în prezența cât și în lipsa unei dizabilități. Participarea poate fi considerată componentă a calității vieții, întrucât evaluarea ei subiectivă (corelată cu cea obiectivă în opinia unor autori) face referire la bunăstarea socială și la cea productivă, două din cele cinci domenii frecvent amintite ale calității vieții.

În condițiile dizabilității, participarea și în consecință calitatea vieții sunt frecvent afectate, context în care analiza specificului participării și identificarea factorilor acesteia prezintă interes nu doar în scop constatativ, ci mai ales pentru a contribui la dezvoltarea obiectivelor justificate științific

pentru programe de intervenție axate pe creșterea calității vieții diverselor grupuri de persoane cu dizabilități.

Studiul participării persoanelor cu deficiențe de vedere ar putea evidenția anumite tendințe sau pattern-uri de activitate și participare ale nevăzătorilor și slab văzătorilor, care să conducă la o mai bună înțelegere a implicațiilor psiho-sociale ale deficienței și la posibilitatea dezvoltării unor programe de sprijin țintite pe probleme concrete ale grupului. Cunoașterea celor mai importanți factori care influențează participarea persoanelor cu deficiente de vedere ar putea furniza informații prețioase în elaborarea unor modele de sprijin eficiente, atât la nivel macrosocial cât și la nivel micro, prin orientarea intervențiilor de specialitate la nivel individual fundamentate pe dovezi științifice.

## CAPITOLUL 1.

### Delimitări conceptuale

#### 1.1. Deficiența de vedere – definire și clasificare

Sintagma deficiență de vedere face referire la pierderea sau alterarea parțială a vederii, sub umbrela acesteia fiind incluși o varietate de termeni mai specifici, care exprimă gradul și tipul afectării vederii. Au făcut tradiție și se utilizează cu precădere în țara noastră doi termeni care împart, practic, gama deficiențelor de vedere într-o dihotomie care are rolul de a diferenția între două niveluri de gravitate ale acestora – și anume termenii *cecitate* și *ambliopie*. Pe plan internațional, se folosesc în același sens termenii cecitate sau orbire (blindness în lit. eng.) și *vedere slabă* sau *scăzută* (low vision în lit. eng), ca și corespondent al ambliopiei.

Dacă termenul de cecitate este unanim acceptat ca referindu-se la pierderea totală sau aproape totală a vederii (înglobând cecitatea totală sau absolută și pe cea practică sau relativă), în ceea ce privește ambliopia situația este mai controversată, întrucât include o paletă foarte largă de grade și forme de manifestare ale deficienței de vedere.

Dimitrie Rusticeanu explica cecitatea în 1912 astfel: „*Orb – în sensul științific – e un ochi care nu simțește lumina deloc, deci nu e în stare să observe ziua și noaptea. Orb, în sensul practic, e un individ a cărui putere de a vedea la ambii ochi e vătămată pe totdeauna și nu e curabilă, așa că nu se poate duce singur pe drumuri străine. Deci, e orb acela care la o distanță de un metru nu e în stare să numere degetele de la mâna mișcătoare*” (Institutul de orbi din Cernăuți, 1912, apud Rozorea & Mușu, 1997, p. 192). Putem observa o oarecare diferențiere între cecitatea totală (cu lipsa percepției luminii) și cea relativă sau practică (în care chiar dacă este percepută lumina și mișcarea în apropiere, resturile de vedere nu pot fi utilizate pentru numărarea degetelor de la 1 m.).

În zilele noastre, majoritatea clasificărilor au păstrat ca limită superioară a acuității vizuale [AV] în cazul cecității limita de 0,02, care presupune capacitatea de a număra degetele de la 1 m.

În 1958, Goins remarca existența deficienței vizuale perceptive, aceasta referindu-se la persoanele „care n-au dificultatea de a vedea o formă, un obiect, ci dificultatea de interpretare a celor văzute, imposibilitatea de a interpreta un stimul vizual și de a-l integra conceptual la nivelul scoarței cerebrale” (apud Chelemen & Onicaș, 2010, p. 185).

În ceea ce privește termenul de ambliopie, etimologic provine din cuvintele grecești „*amblys*” care înseamnă slab și „*ops*” care înseamnă vedere. Pentru prima dată, termenul a fost utilizat de Plenck în 1788, „pentru a arăta o diminuare a vederii la un nivel situat imediat deasupra pierderii complete a acuității vizuale” (apud Chelemen & Onicaș, 2010, p. 184) și continuă să fie folosit, în sens larg, cu referire la toate situațiile în care se manifestă diminuarea capacității vizuale, indiferent de natura factorilor cauzali (Preda, 1993, p. 40, 42; Ștefan, 1981, p. 9), respectiv cu referire la deficiența vizuală parțială.

În 1953, Bangerter (apud Chelemen & Onicaș, 2010, pp. 184-185) introducea o nuanțare și nota că „*ambliopia, definită oftalmologic, este acea deficiență care se manifestă prin diminuarea acuității vizuale, fără leziuni organice sau cu leziuni organice a căror importanță nu este proporțională cu scăderea vederii*”, accepțiune întâlnită și în lucrări mai noi de oftalmologie, în formulări precum „*ambliopia este scăderea mai mult sau mai puțin marcată a acuității vizuale, în care nu se poate evidenția un suport morfologic care să explice scăderea vederii*” (Vlăduțiu, 1995, p. 62). Legat de această restrângere a sensului termenului de ambliopie, Ștefan (1981, p. 9) sublinia că definițiile oftalmologice, precum cea a lui Bangerter, exclud multe cazuri de scădere a vederii (datorate, de exemplu, cataractei congenitale, atrofiei de nerv optic ș.a.).

Vasile Preda (1993, p. 42) explica această dilemă prin faptul că astfel este definită de fapt ambliopia funcțională, subliniind că „*termenul simplu ambliopie, fără adaosul unui adjectiv care să-i precizeze etiologia, îl subînțelege în egală măsură pe cel de ambliopie funcțională sau de ambliopie organică*”.

Pe de altă parte, același autor (1993, pp. 40-42) atenționează asupra faptului că la nivel internațional „optica educațională curentă se împartează de vechea dihotomie utilizată în sfera handicapurilor vizuale – *nevăzători*, pe de o parte, și *ambliopi*, pe de altă parte”, impunându-se câteva nuanțări. Autorul descrie trei niveluri de funcționare a vederii la copiii cu deficiențe vizuale, exprimate în *cecitate*<sup>1</sup>, *vedere scăzută* și *vedere parțială*. Termenul de *cecitate* include cecitatea totală și perceperea luminii până la numărarea degetelor.

Termenul *vedere scăzută*, utilizat în context educațional, este acceptat pentru acele persoane capabile să-și utilizeze vederea relativ bine în condiții optime (mediu iluminat adecvat, poziție de lucru potrivită etc.) și cu ajutoarele optice potrivite, putând fi vorba de probleme considerabile în vederea la distanță sau de aproape și necesitând adaptarea materialelor și/sau utilizarea unor tehnologii de acces (ibidem, p. 42), iar termenul *vedere limitată*, frecvent utilizat de specialiștii americani, se referă la elevii care își pot folosi vederea pentru toate sarcinile în condiții de corijare optică adecvată, iluminare adecvată, poziție de lucru optimă și cu utilizarea unor materiale didactice corespunzătoare. Alternativ a fost utilizat de-a lungul timpului și termenul *vedere parțială*, în antiteză însă cu cel de cecitate și fără a diferenția între diversele niveluri ale restantului vizual (Preda, 1993, p. 42).

Deficiențele vizuale sunt clasificate în funcție de mai multe criterii, mai operaționale fiind cel al indicilor funcționali ai vederii (mai ales acuitatea vizuală și câmpul vizual), cel al momentului instalării deficienței și cel al cauzelor (afecțiunilor) care le-au produs. Nu vom insista în această lucrare asupra tuturor variantelor și criteriilor de clasificare, rezumându-ne la prezentarea unei clasificări acceptate la nivel internațional, suficientă pentru justificările metodologice necesare.

Ținând cont atât de acuitatea vizuală cât și de câmpul vizual, o clasificare a severității deficiențelor vizuale a fost recomandată în 1972 de Grupul OMS de Studiu privind Prevenirea Orbirii și adoptată în *Clasificarea*

---

<sup>1</sup> Termenul original este „nevăzător”.

*Internațională Statistică a Bolilor și problemelor de sănătate înrudite* (apud OMS, 2002, p. 179).

Între timp, a fost propusă o revizuire a acestei clasificări prin *Rezoluția Consiliului Internațional de Oftalmologie* (2002) și prin *Recomandările grupului de Consultare al OMS privind „Dezvoltarea de Standarde pentru Caracterizarea Pierderii Vederii și Funcționării Vizuale”* (Sept 2003), clasificare adoptată de OMS în 2006 (pp. 4-7), cu termen de implementare 2009. O comparație între clasificarea OMS din 1972 și revizuirea din 2006 este prezentată în *tabelul nr. 1.1*.

**Tabelul 1.1. Comparație între clasificarea severității deficiențelor vizuale propusă de OMS în 1972 și revizuirea din 2006**

Gradul deficienței, cf. OMS, 1972	Gradul deficienței, cf. Rev. OMS, 2006	Acuitatea vizuală cu cea mai bună posibilitate de corecție	
		Maximum/ mai puțin de:	Minimum/egal cu/ mai bine decât:
<b>1</b> <i>(vedere scăzută)</i>	<b>1</b> <i>(deficiență moderată)</i>	6/18 3/10 20/70 <b>(0.3)</b>	6/60 1/10 20/200 <b>(0.1)</b>
<b>2</b> <i>(vedere scăzută)</i>	<b>2</b> <i>(deficiență severă)</i>	6/60 1/10 20/200 <b>(0.1)</b>	3/60 1/20 20/400 <b>(0.05)</b>
<b>3</b> <i>(cecitate)</i>	<b>3</b> <i>(cecitate)</i>	3/60 1/20 20/400 <b>(0.05)</b>	1/60 (numărarea degetelor de la 1 m.) 1/50 5/300 <b>(0.02)</b>
<b>4</b> <i>(cecitate)</i>	<b>4</b> <i>(cecitate)</i>	1/60 (numărarea degetelor de la 1 m.) 1/50 5/300 <b>(0.02)</b>	Perceperea luminii
<b>5</b> <i>(cecitate)</i>	<b>5</b> <i>(cecitate)</i>	Nu percepe lumina	
<b>9</b>	<b>9</b>	Nedeterminat sau nespecificat	



În varianta inițială a clasificării, termenul de „vedere scăzută” cuprindea categoriile 1 și 2 din tabel, termenul „cecitate” categoriile 3, 4 și 5, iar termenul „pierderea vederii necalificată” – categoria 9, în timp ce în varianta revizuită apare o modificare de terminologie, cu împărțirea vederii scăzute în două subcategorii: *deficiență vizuală moderată* și *deficiență vizuală severă*.

Conform variantei revizuite (OMS, 2006), pentru categoriile 1-3 din tabel, se recomandă măsurarea AV binoculare, iar pentru categoriile 4-6 măsurarea AV monoculare, în toate cazurile cu cea mai bună corecție posibilă (dacă există). Dacă este luată în considerare întinderea câmpului vizual, pacienții cu un câmp mai restrâns de 10 grade în jurul punctului central de fixație la ochiul mai bun, ar trebui să fie încadrați sub categoria 3.

## 1.2. Conceptul de participare

Un construct modern multidimensional care înglobează în opinia majorității autorilor bunăstarea fizică, materială, socială, emoțională și productivă este cel de calitate a vieții (Preda & Pah, 2015). Participarea poate fi considerată componentă a calității vieții, întrucât evaluarea ei subiectivă (corelată cu cea obiectivă în opinia unor autori) face referire la bunăstarea socială și la cea productivă.

Bunăstarea socială include ca și dimensiuni majore relațiile personale și implicarea comunitară, în cazul celei dintâi fiind relevante calitatea și dimensiunea relațiilor interpersonale, iar în cazul celei de-a doua gama și frecvența activităților asumante în comunitate, precum și nivelul acceptării și sprijinului primit din partea comunității (Preda & Pah, 2015). Bunăstarea productivă și de loisir face referire la competențe, care asigură independența, alegere și control asupra propriei vieți, dar mai ales la productivitate și contribuție prin educație, loc de muncă, timp liber, viață în familie și gospodărie (Abrams, 1973, apud ibidem).

Etimologic, verbul a participa derivă din latinescul *particeps/ participare* (*pars, partis*= parte și *capere*= a lua), care înseamnă a lua parte.

Conform DEX, sensurile relevante social explică sensul verbului a participa (din fr. *participer*, lat. *participare*) astfel:

- a lua parte la o activitate, la o acțiune, la o discuție;
- a acționa alături de altcineva (la realizarea unui lucru, a unei acțiuni); a lua parte; a se asocia;
- a-și aduce contribuția cu mijloace bănești sau materiale (la o acțiune de interes comun); a colabora; a coopera; a conlucra;
- a se afla alături de cineva, împărtășind sentimentele lui; a se asocia din prietenie (la trăirile cuiva);
- a împărtăși starea de spirit sau sentimentele cuiva, a fi solidar cu cineva într-o împrejurare dată;
- spec. a lua parte la o întreprindere economică, contribuind cu bani sau cu alte valori materiale (cu scopul de a obține un câștig).

În opinia lui Hatos (2007, p. 420), „interesul din ultimele decenii pentru problematica participării, manifestat în domenii diverse [...] semnaleză forța unui curent de gândire în științele sociale, curent pe care îl putem denumi paradigma „participării”, autorul definind participarea în sens general ca referindu-se la „implicarea membrilor unei colectivități sau instituții în diversele sale activități, mai ales cele deliberative și în procesele sale decizionale”.

Conform Dicționarului de sociologie (Zamfir & Vlăsceanu et al., 1998, pp. 414-415), participarea presupune „implicare (subiectivă, prin atitudini, aspirații, cunoștințe, convingeri, anticipări, angajări) și integrare (obiectivă, prin acțiuni și interacțiuni) într-un sistem de relații sociale. Participarea este o valoare, în măsura în care satisface nevoia umană de implicare și integrare, asigură securitatea afectivă și de apartenență și un mod de a fi sau de identificare cu acel univers de viață care conferă sens și orientare existenței individuale și sociale”. Pe de altă parte, sărăcia participării, așa cum o numesc autorii sau o participare socială scăzută, „exprimată prin indiferentism, anomie, alienare sau apatie, este un simptom al lipsei de sens, al atomizării și izolării sociale, ca și indiciul stării de nerealizare a nevoii de recunoaștere și apartenență [...]”.

Actualmente, conceptul de participare este considerat a fi unul complex și în același timp ambiguu, nefiind identificabil un consens privind semnificația lui în literatura de specialitate psihopedagogică și cu atât mai puțin o definiție unanim acceptată (Albrecht et al., 2006, p. 1210; Dijkers, 2010; Heinemann et al., 2010; Levasseur, Desrosiers & Whiteneck, 2010; Fougereyrollas, 2010 etc.).

La un simpozion internațional pe tema măsurării participării în cercetările din domeniul reabilitării (recomandările au fost sumarizate de Heinemann et al., 2010), participanții au fost de acord că definițiile existente ale participării nu au prea mult succes sau sunt slab elaborate și în plus se suprapun peste alte constructe (cum ar fi calitatea vieții sau integrarea în comunitate). Unul dintre participanți menționa chiar că provocarea în definirea participării este echivalentă cu a defini „o viață bună” – ambele fiind la fel de relative. Oricum, participanții au fost de acord că participarea ar avea o structură multidimensională și că ar trebui caracterizată într-o manieră ierarhică (asemeni piramidei lui Maslow).

Dacă ne raportăm la definițiile propuse prin cele două modele prin care conceptul a fost introdus oficial în domeniul dizabilității (*Modelul Quebec al dezvoltării umane și al procesului de creare a dizabilității*<sup>2</sup> [QMHD-DCP] și Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății<sup>3</sup> [CIF]), este dificil să trecem cu vederea faptul că ambiguitatea derivă sau se menține și în definițiile propuse prin acestea. În primul caz, conform QMHD-DCP, este definită participarea socială ca îndeplinirea de către individ a obiceiurilor vieții, în timp ce CIF definește participarea ca referindu-se la implicarea în situații de viață. În primul rând, putem observa nediferențierea între participare (CIF) și participare socială (QMHD-DCP) având în vedere faptul că atât obiceiurile vieții cât și situațiile de viață se referă cu aceeași ambiguitate la semnificația participării, iar în al doilea rând ambele clasifică și includ ca referindu-se la participare atât activități specifice umane cu accent pe abilități de viață

<sup>2</sup> engl. *Quebec Model of Human Development and Disability Creation Process*

<sup>3</sup> engl. *International Classification of Functioning, Disability and Health*

independentă, precum și activități sociale (care presupun interacțiune socială în mod specific).

Într-un studiu calitativ în care urmăreau să analizeze perspectiva persoanelor cu dizabilități asupra semnificației participării, Hammel et al. (2008) au inclus 63 de participanți cu diferite tipuri de dizabilități, care au conceptualizat participarea ca pe un set de valori care include angajare activă și semnificativă/ a face parte din, alegere și control, acces și oportunități, responsabilități personale și sociale, a avea un impact și a-i sprijini pe ceilalți, conexiune socială, incluziune și apartenență. Nu au reieșit standarde pentru participarea ideală, nimeni nu a definit seturi sau frecvențe pentru activități care să definească participarea completă, iar participanții au descris nevoia de a avea libertate în a defini și performa în planul participării proprii conform cu propriile reguli mai degrabă decât cu norme societale predefinite.

Perenboom și Chorus (2003, p. 578) înțelegeau prin participare implicarea în situații de viață, ceea ce include a fi autonom într-o anumită măsură sau a fi capabil să-ți controlezi propria viață, chiar dacă nu faci lucrurile de unul singur. Aceasta presupune ca nu numai performanța actuală să fie indicator cheie [în măsurarea participării], ci și îndeplinirea scopurilor personale și rolurilor societale.

În urma analizei de conținut a definițiilor participării (sociale) identificate în literatura de specialitate în care au separat componentele definițiilor ca pe o funcție de cine, cum, ce, unde, cu cine și când, Levasseur, Richard, Gauvin și Raymond (2010, p. 10) au confirmat că definițiile se axau pe „implicarea în activități care presupuneau interacțiuni cu alți membri ai societății”, identificând 6 nivele ale acestei implicări, într-o ierarhie a gradului implicării cu alte persoane: activitățile desfășurate în pregătirea conexiunii cu alte persoane, a fi împreună cu alte persoane, a interacționa cu alte persoane fără a desfășura o activitate specifică, a desfășura o activitate specifică împreună cu alții, a-i ajuta pe alții și a contribui în societate.

Levasseur, Desrosiers și Whiteneck (2010) atrăgeau atenția asupra faptului că participarea nu include numai implicarea activă în situații de viață la nivel societal, referindu-se și la semnificația ei pentru individ și

la satisfacția rezultată în urma implicării. De asemenea, sugerau că o nouă provocare pentru cercetările viitoare este de a lua în calcul atât performanța cât și satisfacția cu participarea. Cu toate acestea, rezultatele din studiul lor au arătat că nu există diferențe între corelațiile dintre calitatea vieții și nivelul de performanță vs. satisfacția cu participarea, în contradicție cu cele ale lui Brown et al. (2004), care arătau o asociere între calitatea vieții și participarea subiectivă (satisfacția cu participarea) dar nu și cu participarea obiectivă (performanța în participare).

Considerăm că satisfacția cu participarea este un indicator mai relevant pentru calitatea vieții, fiind puternic contaminat de trăsături de personalitate, dependent de nivelul expectanțelor individului, probabil și de satisfacția cu alte domenii ale vieții, cu viața în general ș.a., iar aprecierea lui spune puțin despre participarea efectivă. Totuși, măsurarea satisfacției cu participarea este relevantă în contextul intervențiilor de reabilitare și a altor tipuri de intervenții care vizează creșterea calității vieții.

Dacă dorim însă o măsură mai pură a participării, aceasta considerăm că trebuie să se refere la participarea obiectivă sau la performanța în participare și să poată diferenția între niveluri cât mai precise de participare ale indivizilor.

O altă problemă legată de semnificația conceptului de participare este aceea că nu se face o distincție clară între conceptul de participare și cel de participare socială, ele fiind utilizate frecvent în paralel. Piškur și colab. (2014, p. 218) consideră că modificarea definiției ICF dinspre implicare în situații de viață înspre roluri sociale ar depăși unele dintre limitările sale. Implicarea la nivel societal ar fi privită astfel din perspectiva rolurilor sociale și în consecință distincția dintre participare și participare socială nu ar mai fi necesară (ibidem). Dacă însă am considera participarea socială ca referindu-se explicit la interacțiuni cu alte persoane, atunci distincția ar rămâne o problemă.

Întrucât termenul de participare este vag definit în literatura de specialitate, considerăm necesară formularea unei definiții de lucru. În urma analizei orientărilor existente în conceptualizarea participării, ne-a atras atenția definiția propusă de Whiteneck și Dijkers (2007, apud Bogner

et al., 2011, p. 552) conform căreia participarea reprezintă funcționarea la nivel societal și poate fi definită de măsura în care sunt îndeplinite rolurile sociale.

Noi am ales o definiție de lucru adaptată, inspirată din cea de mai sus și din celelalte definiții studiate, astfel că ne vom referi la participare ca fiind nivelul de implicare în îndeplinirea setului de roluri sociale proprii individului.

În esență, considerăm că operaționalizarea constructului de participare este ușor diferită de a celui de participare socială în sensul că participarea socială ar trebui să se refere explicit la interacțiuni cu alte persoane, în timp ce participarea în general ar trebui să includă și activități cu potențial de interacțiune, dar în care aceasta este variabilă ca prezență și intensitate.

Într-o altă lucrare aflată în curs de publicare încercăm să răspundem provocării de clarificare a semnificației conceptului înspre operaționalizarea acestuia, demers util în vederea măsurării participării obiective.

determinat în principal de obstacole din mediu, de limitările consecutive dizabilității și de alți factori personali.

În ceea ce privește impactul deficienței de vedere asupra funcționării și limitărilor în activitatea de zi cu zi, numeroase studii realizate pe vârstnici (ex. Branch, Horowitz & Carr, 1989; Crews et al., 2006; Lindö & Nordholm, 1999; Horowitz, 1994; Laforge, Spector & Sternberg, 1992; Travis, Boerner, Reinhardt & Horowitz, 2004; West et al., 1997) au demonstrat că vederea slabă diminuează capacitatea vârstnicilor de a desfășura activitățile fizice de zi cu zi (apud Bookwala & Lawson, 2011).

Cititul, scrisul, privitul la TV, problemele de mobilitate în exteriorul casei, călătoritul și utilizarea mijloacelor de transport în comun sau operațiunile bancare au fost probleme funcționale frecvent raportate de vârstnicii dintr-un studiu al lui Gunnel și Nordholm, Travis et al. amintind și selectarea/ localizarea și identificarea articolelor de îmbrăcăminte, a articolelor de bucătărie și banilor, utilizarea unui telefon, scrierea unui cec sau medicația (apud ibidem).

La această listă am putea adăuga și dificultăți în organizarea și identificarea lucrurilor (în special a celor mărunte, foarte similare ca și textură) și a documentelor, consultarea instrucțiunilor de utilizare a unor produse și a prospectelor de medicamente, diferențierea medicamentelor, utilizarea unor aparate mai sofisticate, curățarea locuinței sau a petelor de pe îmbrăcăminte și multe alte activități care în mod obișnuit necesită utilizarea vederii.

În cazul persoanelor cu deficiențe vizuale, problema accesului este în mod special importantă și în contextul participării în afara casei. Dacă în interiorul și în jurul casei sau al locurilor bine cunoscute persoanele cu deficiențe vizuale se descurcă în general mai bine, atunci când ies pe stradă vederea slabă și mai ales lipsa vederii se asociază cu o adevărată problemă de mobilitate. Neregularitățile drumului, gropile, bordurile, scăările, obstacolele joase, lipsa avertizărilor vizuale contrastante și mărite sau a celor auditive la trecerile de pietoni ori în stațiile de autobuz reprezintă adevărate probleme. Pe de altă parte, în instituțiile publice persoanelor cu deficiențe de vedere grave le este deosebit de dificil să se descurce fără un însoțitor văzător, fiind nevoiți să apeleze la persoane străine

pentru a le direcționa în interiorul clădirii, pentru a le citi un document, pentru a le completa un formular etc.

Apariția și dezvoltarea tehnologiilor de acces a eliminat dependența invariabilă a persoanei cu deficiență de vedere de un însoțitor (cu rol de a facilita accesul la informație al persoanei cu deficiențe vizuale), ducând la independență și autonomie crescută a utilizatorilor (Pădure, 2010). Totuși, numărul utilizatorilor nevăzători în România este foarte mic (puțin peste 1%), raportat la numărul total de persoane cu deficiențe vizuale (94.471 conform ANPH, 2007, apud ibidem).

Dificultățile în desfășurarea diferitelor activități ale vieții de zi cu zi au un impact direct asupra participării indivizilor (nivelului de implicare în îndeplinirea setului de roluri sociale proprii) prin creșterea necesarului de timp, reducerea performanței sau imposibilitatea desfășurării unor activități, dar și prin impactul psihologic pe care dificultățile le-ar putea avea.

## **2.2. Studii privind participarea persoanelor cu deficiențe de vedere**

Studiile anterioare privind participarea persoanelor cu deficiențe de vedere și predictorii acesteia s-au axat în mare măsură pe dificultățile sau restricțiile în participare. Cele mai mari restricții de participare au fost evidențiate în domenii precum timp liber, muncă și mobilitate în afara casei. Acuitatea vizuală (mai ales la distanță) și sănătatea fizică și mentală (în special simptomatologia depresivă), mărimea rețelei sociale, importanța percepută a participării au fost identificați ca predictorii semnificativi ai participării. Așa cum era de așteptat, au găsit și o participare semnificativ mai redusă a participanților cu deficiențe de vedere comparativ cu cei fără dizabilități.

Vom prezenta în continuare cele cinci studii identificate privind participarea persoanelor cu deficiențe de vedere și predictorii acesteia, precum și rezultatele unor studii vizând factorii ai participării profesionale în contextul deficienței de vedere.



risticilor prezentate). Dacă unele cazuri de refuzuri se datorează lipsei de timp sau altor motive obiective, unul din cazuri s-a exprimat clar că nu dorește să furnizeze nici un fel de date personale, chiar dacă participarea la cercetare poate fi anonimă.

### **3.3. Instrumente**

#### **3.3.1. Chestionarul pentru colectarea datelor socio-demografice și privind dizabilitatea**

Chestionarul pentru colectarea datelor socio-demografice și privind dizabilitatea este prezentat în Anexele 1 (forma pentru administrare prin interviu) și 2 (forma pentru autoadministrare) și cuprinde întrebări legate de:

- ☐ genul, data nașterii sau vârsta, localitatea de reședință, naționalitatea, religia
- ☐ cel mai înalt nivel de studii absolvite, specializarea, alte cursuri de specializare sau formare, numărul total al anilor de studii, ocupația
- ☐ statusul marital, durata relației de cuplu (independent de statusul marital), numărul și vârstele copiilor, persoane cu care locuiește și numărul acestora.
- ☐ situația financiară autopercepută
- ☐ alte probleme de sănătate semnificative
- ☐ sănătatea autopercepută
- ☐ gradul deficienței de vedere
- ☐ diagnosticul/ diagnosticele medicale sau codul de boala de pe certificatul de încadrare în grad handicap, dacă sunt cunoscute
- ☐ acuitatea vizuala și câmpul vizual, dacă sunt cunoscute
- ☐ vârsta dobândirii deficienței și caracterul progresiv
- ☐ distanța în centimetri (sau metri) de la care poate recunoaște o persoană pe cale vizuală
- ☐ distanța în centimetri (sau metri) de la care poate număra degetele unei persoane în condițiile potrivite de luminozitate
- ☐ mijloace ajutoare utilizate pentru a compensa deficiența de vedere și a se descurca mai bine în viața de zi cu zi

- ☐ mijloace ajutătoare sau tehnologii de acces care îi lipsesc și ar dori să achiziționeze dacă și-ar permite sau ar fi accesibile
- ☐ măsura în care își poate utiliza vederea în viața de zi cu zi
- ☐ nivelul la care poate utiliza sistemul Braille pentru a citi și scrie
- ☐ numărul anilor de studiu într-o școală specializată
- ☐ nivelul la care poate utiliza un computer personal
- ☐ independența autopercepută
- ☐ nivelul de suport social autoperceput.

### 3.3.2. Chestionarul pentru măsurarea participării [CMP]

#### 3.3.2.1. Motivația elaborării chestionarului

Dezvoltarea Chestionarului pentru Măsurarea Participării (CMP) a derivat, pe de o parte, dintr-o problemă specifică conceptelor noi și anume lipsa unui consens în literatura de specialitate privind semnificația participării – nefiind identificabilă o teorie coerentă din care să poată fi deduse criterii clare de operaționalizare a constructului, iar pe de altă parte din dificultatea adaptării unuia dintre instrumentele existente pe plan internațional.

Cu toate că am identificat peste zece instrumente care măsoară aspecte ale participării persoanelor cu diferite tipuri de dizabilități, niciunul dintre acestea nu reușea să răspundă satisfăcător întrebării noastre de cercetare și anume *care este nivelul obiectiv de participare (al unei persoane cu deficiență de vedere în special)?* Acest lucru se datorează pe de o parte faptului că numeroase instrumente sunt destinate unor populațiilor speciale semnificativ diferite (de exemplu cu afecțiuni musculo-scheletale) și pe de altă parte predominanței instrumentelor care furnizează măsuri ale participării subiective/ percepute, ale restricțiilor în participare ori ale satisfacției cu participarea.

Ne-au atras atenția, totuși, două instrumente care măsoară performanța în participare, *Participation Objective – Participation Subjective* [POPS] (Brown et al., 2004) și *Participation Assessment With Recombined Tools / – 17 [PART-O/ PART-O-17]* (Whiteneck et al., 2011; Bogner et al., 2011), ambele măsurând (și) participarea obiectivă și fiind dezvoltate inițial pentru populații cu leziuni cerebrale traumatice, însă utilizarea lor în forma

originală pe populație de nevăzători și în contextul țării noastre ar fi fost în mică măsură relevantă.

Astfel, ne-am aflat în situația de a alege între adaptarea unuia dintre aceste instrumente sau a crea unul nou, adecvat pentru populația avută în vedere și în concordanță cu specificul țării noastre. Am ales cea de-a doua variantă întrucât modificările necesare instrumentelor alternative le-ar fi făcut dificil de comparat cu instrumentele originale, presupunând modificarea unui procent important din itemi și adăugarea altora, în conformitate cu viziunea noastră de măsurare a participării în țara noastră și în cazul unui grup special de nevăzători.

Printr-o abordare devenită pe parcurs preponderent critică, atât PART-O-17 și POPS cât și alte instrumente au reprezentat într-o oarecare măsură surse de inspirație în ceea ce privește compoziția pe care ar trebui să o aibă un chestionar pentru măsurarea participării. Astfel, CMP este similar cu aceste instrumente din punct de vedere conceptual și implicit al dimensiunilor și al unora dintre itemii incluși, dar prezintă diferențe considerabile atât în ceea ce privește modalitatea de operaționalizare a dimensiunilor participării și criteriile de măsurare, cât și ca formă de prezentare.

Una dintre diferențele majore este măsurarea tuturor itemilor în cazul CMP pe scale tip ratio, în frecvențe săptămânale, lunare sau anuale ale activităților, în timp (măsurat în ore) petrecut cu anumite activități sau în număr de persoane din rețeaua socială, ceea ce considerăm că oferă mai multă precizie comparativ cu alegerea unei variante dintre cele prestabilite. De asemenea, există un control mai bun al coordonatelor de timp pe care se solicită raportarea, ținând cont de frecvența obișnuită a activităților<sup>12</sup> și fiecare dimensiune este astfel măsurată încât să diferențieze între mai multe nivele de participare<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> De exemplu, PART-O solicită raportarea frecvenței socializării cu prieteni pe săptămână, având ca și variante de răspuns 0, 1-4, 5-9, 10-19, 20-34, 35 și peste. În opinia noastră este nepotrivit ca o persoană care socializează între 10-19 ori pe săptămână să fie considerată ca având o socializare medie. În plus, există un risc mare de pierdere de date relevante în cazurile cu socializare mai rară decât o dată pe săptămână.

<sup>13</sup> Spre deosebire de alte instrumente care măsoară dihotomic participarea pe baza statuturilor. Inclusiv PART-O măsoară astfel participarea în cuplu.

La momentul identificării chestionarului PART-O anexat unuia dintre articolele în care este analizat, la o primă vedere acesta a reprezentat instrumentul căutat, cel mai apropiat de viziunea noastră de măsurare obiectivă a participării – pe care o consideram mai potrivită de făcut în termeni de frecvențe și timp petrecut cu activități participative obișnuite. În urma unei analize mai detaliate, am constatat că se îndepărtează de instrumentul necesar în mai multe privințe și am solicitat autorului de corespondență acceptul de adaptare a PART-O-17 pentru persoane cu deficiențe de vedere și specificul țării noastre, împreună cu manualul de utilizare dat fiind faptul că link-ul acestuia nu funcționează pe pagina de internet dedicată. Nu am primit un răspuns, însă modificările pe care le consideram necesare în vederea adaptării lui ar fi făcut dificilă comparația între cele două instrumente și în plus nu agreeam o parte din itemii propuși.

Întrucât asemănarea dintre cele două instrumente este la o primă vedere notabilă, considerăm justificată menționarea modificărilor pe care le-am fi considerat necesare pentru adaptarea și îmbunătățirea PART-O-17 (Anexa 5). Acestea se referă la:

- ❑ Categoriile de răspuns ar trebui modificate semnificativ pentru a îmbunătăți valoarea discriminativă a tuturor itemilor. Mai mult, eliminarea lor și măsurarea numerică într-o populație despre a cărei participare cunoaștem puțin ar aduce un plus de precizie.
- ❑ Raportarea temporală solicitată pentru unele activități ar trebui modificată pentru a fi mai relevantă și a surprinde maximum de informație posibilă (ex. frecvența socializării cu prietenii și cu familia cu raportare lunară și nu săptămânală, frecvența cu care participă la evenimente sportive ca spectator și cu care merge la filme cu raportare anuală și nu lunară).
- ❑ Unele întrebări care se referă la mai multe activități sau roluri sociale importante ar trebui defalcate pentru a contribui separat la calculul scorului dimensiunii (ex. activitățile casnice și îngrijirea copiilor).
- ❑ Întrebările legate de frecvența socializării cu prietenii și familia ar trebui defalcate pe întâlniri și comunicare la distanță (pentru echilibrarea contribuției, altfel exis-tând riscul supraevaluării soci-

alizării unei persoane care are întâlniri personale extrem de rare dar comunică foarte des la telefon sau online, risc mai mare în cazul nevăzătorilor).

- ❑ Ar trebui introduse întrebări legate de îngrijirea altor persoane (activitate consumatoare de timp pentru mulți români cu membrii ai familiei bolnavi și/ sau vârstnici dependenți), de numărul persoanelor din rețeaua socială (pentru a exprima un aspect important al bogăției relațiilor sociale) și de socializarea cu alte persoane din rețeaua socială, exceptând prietenii și rudele.
- ❑ Itemul 7, legat de frecvența utilizării internetului pentru a comunica (prin e-mail sau chat) nu considerăm că aduce un plus de informație privind participarea întrucât socializarea cu persoane semnificative a fost anterior măsurată (iar sugestia noastră era de măsurare separată a comunicării la distanță). Utilizarea internetului în acest scop este dependentă de a avea un computer conectat la internet, de a avea competențe în utilizarea lui și timp liber disponibil, bidirecțional.
- ❑ Frecvența ieșirilor din casă nu ar trebui limitată la numărul de zile pe săptămână (prin întrebarea *în câte zile ieșiți...*), întrucât pentru o persoană puțin implicată în activități productive (și nu numai) poate fi normal să iasă mai mult decât o dată pe zi. Considerăm că solicitarea frecvenței medii (întrebând *de câte ori pe săptămână ieșiți...*) ar crește valoarea discriminativă a itemului.
- ❑ În plus timpul petrecut în afara casei ar fi mai relevant sau cel puțin o completare importantă. Considerăm utilă introducerea întrebării, cu măsurare în ore pe săptămână.
- ❑ Itemul 9, legat de frecvența cu care ia masa la restaurant are o valoare discriminativă mai scăzută în țara noastră și probabil cu atât mai mult în populație specială. Ar fi mai potrivită întrebarea dacă s-ar referi la ieșirile la localuri publice (pentru a lua masa, un desert, o cafea ș.a.), cel puțin în contextul participării.
- ❑ La fel și itemii 12 și 13, legați de frecvența lunară cu care merge la filme și respectiv la evenimente sportive ca spectator, cu atât mai mult în populație specială de nevăzători.

- ❑ În schimb, este ignorată participarea în organizații sau cluburi, în activități de voluntariat, la petreceri, concerte, spectacole sau alte întruniri cu multe persoane necunoscute. Considerăm că toți aceștia sunt indicatori participativi relevanți, cel puțin la fel de relevanți ca și participarea la evenimente sportive sau la filme.
- ❑ Participarea în cuplu este măsurată pe baza statusului și nu măsurii implicării în rol, în opinia noastră (motivată în capitolul 4.3.4. al acestei lucrări) fiind supradimensionată importanța existenței unui partener și a coabitării prin acordarea scorului maxim la doi dintre itemii domeniului (15 și 16). Măsura implicării în rol, mai relevantă în planul participării, ar putea fi reprezentată de timpul mediu petrecut cu activități împreună cu partenerul (în ore pe săptămână).

În aceste condiții, am considerat că nu se mai poate pune problema de adaptare a instrumentului, astfel încât am dezvoltat CMP ca alternativă pentru măsurarea obiectivă a participării, rămânând recunoscători PART-O și autorilor acestuia pentru oferirea cadrului general și sugestiilor valoroase privind domeniile participării, modalitățile de scorare, precum și a unor idei de formulare a întrebărilor.

În esență, considerăm că spre deosebire de instrumentele identificate la nivel internațional, CMP este mai relevant pentru specificul țării noastre și al grupului investigat, reprezentând în același timp o propunere inedită la nivel național de instrument pentru măsurarea participării obiective, adaptabil și utilizabil și în alte populații.

### **3.3.2.2. *Prezentarea chestionarului***

Pornind de la analiza definițiilor existente în literatura de specialitate privind conceptul de participare și a instrumentelor identificate care măsoară participarea obiectivă sau performanța în participare, am elaborat un set de 29 de itemi care măsoară participarea în diverse activități ale vieții de zi cu zi, în domeniile *activități productive, relații personale, comunitate și afară din casă*.

Considerăm în special ultimele două domenii ca fiind destul de flexibile din punct de vedere al compoziției. Dacă participarea în activități pro-

ductive și în relații personale se disting bine ca fiind domenii diferite, participarea în comunitate și în afara casei ar putea fi abordate ca un singur domeniu, cu diferența sensibilă că ultimii 6 itemi nu se referă atât de explicit la activități desfășurate în comunitate sau împreună cu alte persoane, putând fi întreprinse solitar și/ sau în prezența relativ îndepărtată a altor persoane (poate cu atât mai nesemnificativă cu cât mai gravă este deficiența de vedere). Chestionarul este prezentat în Anexa 3 în forma pentru administrare prin interviu și în Anexa 4 în forma pentru autoadministrare.

Pentru măsurarea *participării în activități productive*, am ales un set de 5 itemi care se referă la:

- ☐ Numărul orelor pe săptămână petrecute cu muncă pentru a obține venituri
- ☐ Numărul orelor pe săptămână petrecute cu studiul și la cursuri
- ☐ Numărul orelor pe săptămână petrecute cu activități casnice
- ☐ Numărul orelor pe săptămână petrecute cu îngrijirea și educarea copiilor,
- ☐ Numărul orelor pe săptămână petrecute cu îngrijirea altor persoane

*Relațiile personale* sunt surprinse printr-un set de 11 itemi legați de:

- ☐ Mărimea rețelei sociale, prin trei itemi diferiți legați de persoane cu care păstrează legătura:
  - ☐ numărul prietenilor foarte apropiați,
  - ☐ numărul rudelor apropiate,
  - ☐ numărul altor persoane cu care păstrează legătura.
- ☐ Frecvența întâlnirilor pe lună:
  - ☐ cu prieteni foarte apropiați,
  - ☐ cu rude apropiate,
  - ☐ cu alte persoane.
- ☐ Frecvența convorbirilor pe lună:
  - ☐ cu prieteni foarte apropiați,
  - ☐ cu rude apropiate,
  - ☐ cu alte persoane.

- ☐ Frecvența participării la întruniri restrânse în familie sau cu prieteni, pe lună
- ☐ Numărul orelor petrecute cu activități împreună cu partenerul, pe săptămână.

În ceea ce privește *participarea în comunitate*, am inclus 7 itemi, referitori la:

- ☐ Frecvența participării la petreceri mari de genul nunților sau revelioanelor organizate
- ☐ Frecvența participării la întruniri cu multe persoane necunoscute (ex. conferințe, simpozioane, prezentări de produse)
- ☐ Numărul orelor pe lună petrecute cu activități de voluntariat
- ☐ Frecvența ieșirilor pe lună la localuri publice pentru a lua masa, un desert, un suc, o cafea ș.a.
- ☐ Frecvența participării la servicii religioase și spirituale, pe lună
- ☐ Frecvența participării la întruniri într-un club sau organizație (ex. un partid politic, asociația nevăzătorilor sau alt grup de sprijin), pe an
- ☐ Frecvența participării la spectacole, concerte sau evenimente sportive, pe an

*Participarea în afara casei* cuprinde 6 itemi, despre:

- ☐ Frecvența ieșirilor din casă pe săptămână
- ☐ Ore petrecute în afara locuinței pe săptămână
- ☐ Ore petrecute călătorind pe săptămână
- ☐ Ore petrecute cu plimbări pe săptămână
- ☐ Frecvența cumpărăturilor, pe lună
- ☐ Numărul zilelor în care este plecat în excursii/ pe an.

### 3.3.2.3. *Administrare și cotare*

Chestionarul pentru măsurarea participării a fost administrat sub forma prezentată în Anexa 3 prin interviuri telefonice și autoadministrat online sub forma prezentată în Anexa 4, cu asigurarea compatibilității celor două forme în procent de 100%. Am măsurat astfel fiecare dintre aspectele participării pe scale de tip ratio (numărul orelor petrecute cu anumite



activități, frecvența activităților pe săptămână/ lună/ an sau numărul persoanelor din rețeaua socială). Spre deosebire de alte instrumente similare, am ales solicitarea răspunsurilor sub formă numerică întrucât am considerat că oferă mai multă precizie și posibilitatea grupării datelor ulterior pe baza distribuțiilor obiective în cadrul eșantionului, într-o manieră în care să fie înregistrate frecvențe corespunzătoare pentru fiecare dintre ele.

Pentru a calcula sub-scorurile pe domenii și scorul total, în urma analizei distribuției răspunsurilor am transformat datele brute în 6 clustere pentru fiecare item. Clusterelor au fost astfel formate încât să reprezinte sub forma numerică scorul pe item, cu scorul maxim 5. Astfel, clusterelor au următoarele semnificații (prezentate pentru toți itemii CMP în Anexa 7):

- 0 – absența implicării în activitate
- 1 – implicare foarte redusă în activitate
- 2 – implicare redusă în activitate
- 3 – implicare medie în activitate
- 4 – implicare crescută în activitate
- 5 – implicare foarte crescută în activitate.

Variabilele au devenit astfel ordinale, păstrându-se o categorie separată pentru neimplicarea în activitate (în cazul distribuțiilor în care s-au înregistrat frecvențe absolute egale cu 0). În cazul variabilelor cu cea mai mică frecvență mai mare decât 0, am format doar 5 clustere (exceptându-l pe cel care exprimă absența implicării).

Utilizând variabilele ordinale (în forma grupată) am calculat scorul final pentru fiecare dimensiune a participării, ca medie aritmetică a itemilor care formează dimensiunea.

Utilizând scorurile pe domeniile relații personale, comunitate și în afara casei, am calculat scorul pentru participare socială, ca medie a celor trei domenii.

Scorul global de participare reprezintă media scorurilor pe dimensiunile productivitate, relații personale, comunitate, timp liber și afară din casă.

Neavând dovezi că anumite activități ar trebui să cântărească mai mult decât altele în scorul final al dimensiunii sau în cel de participare, am utilizat această modalitate de cotare după modelul propus de Bogner

et al. (2011) într-un articol în care analizează două modalități alternative de scorare pentru un instrument similar, *Participation Assesment with Recombined Tools – Objective – 17*. Autorii compară participarea cu un meniu la restaurant, în care sunt mai multe categorii de feluri de mâncare (mutual exclusive), din care fiecare poate alege ce dorește sau ce poate să consume din fiecare categorie, în speță în ce activități dorește să se implice din multitudinea de posibilități.

Într-o oarecare măsură este firesc ca participarea să fie selectivă și preferențială în dimensiunile ei distincte. În rare cazuri, însă, oamenii pot să aleagă între munca plătită, îngrijirea și educarea copiilor sau activitățile casnice, astfel că nu considerăm activitățile productive ca fiind comparabile cu un singur fel de mâncare dintr-un meniu decât dacă restaurantul are o ofertă foarte săracă. În ceea ce privește celelalte domenii ale participării oferta este în mod cert mai variată, numai că este normal să combinăm mai multe feluri de mâncare din fiecare fel.

Domeniul participării fiind, însă, insuficient studiat pentru aplicarea unor modalități de cotare mai complexe și nefiind disponibile date normative, aceasta pare cea mai corectă modalitate de scorare pentru stadiul actual al măsurării participării obiective.

O lucrare viitoare va aborda extensiv dezvoltarea și validarea minimală a CMP, cu scopul obținerii feed-back-ului din partea comunității științifice, util în vederea revizuirii acestei prime variante a chestionarului.

### **3.3.3. Scalele de depresie, anxietate și stress (Depression Anxiety Stress Scales [DASS], Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F., 1995)**

DASS (Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F., 1995) este un set de trei scale de autoevaluare, construit pentru a evalua stările emoționale negative ale depresiei, ale anxietății și ale stresului, destinat administrării în populația generală, la persoane cu vârste peste 17 ani. Este un chestionar care poate fi folosit atât în cercetare, cât și în context clinic, având ca funcție principală *evaluarea severității simptomelor* centrale ale depresiei, anxietății și stresului.

Versiunea în limba română a Chestionarului DASS are 21 de itemi (Pește, 2013), împărțiți în mod egal pe 3 scale: *Anxietate*, *Depresie*, *Stres* și a primit acronimul **DASS-21R**. Adaptarea și standardizarea pe populația din România a fost realizată de Pește și Albu (2011) iar ediția în limba română a manualului este comercializată de Cognitrom. Chestionarul DASS-21R (itemii acestuia) este însă de domeniu public, nu intră sub incidența drepturilor de copyright.

### **3.3.4. Scala de autoeficacitate generală (General Self-Efficacy Scale [GSE], Schwarzer & Jerusalem, 1995)**

Versiunea în limba germană a scalei GSE a fost dezvoltată inițial de Matthias Jerusalem și Ralf Schwarzer în 1979, urmând a fi adaptată ulterior pentru alte 32 de limbi. A fost utilizată de atunci în numeroase cercetări, având coeficienți de consistență internă între .75 și .91, iar fidelitatea test-retest i-a fost examinată în câteva studii longitudinale printre care s-au obținut coeficienți între .50 și .75.

În urma unui studiu în care au fost analizate proprietățile psihometrice ale scalei utilizând date ale adaptărilor realizate pe 25 de țări, Scholz, Gutiérrez Doña, Sud & Schwarzer (2002) au concluzionat că autoeficacitatea generală este un construct unidimensional și universal, consistențele interne, corelațiile item-total, încărcarea pe factor și indicii de potrivire a analizei factoriale confirmatorii indicând faptul că scala GSE este fidelă, omogenă și are o structură unidimensională în cadrul celor 25 de națiuni.

Versiunea în limba română a GSE a fost realizată de Băban, Schwarzer și Jerusalem în 1996, disponibilă pe site-ul <http://userpage.fu-berlin.de/~health/rumania.htm>.

Scala de autoeficacitate generală a fost creată pentru a evalua sentimentul general de autoeficacitate percepută, cu scopul de a prezice coping-ul problemelor de zi cu zi, precum și adaptarea la diferite tipuri de situații de viață stresante. Este destinată adulților și adolescenților cu vârsta peste 12 ani.

Autorii acordă permisiunea de utilizare a scalei GSE cu scop de cercetare non-comercială, de modificare a acesteia în funcție de contextul de

## **CAPITOLUL 4.**

### **Specificul participării persoanelor cu deficiențe de vedere și factori ai acesteia**

#### **4.1. Considerații introductive**

Interesul nostru în acest studiu este concentrat asupra aspectelor obiective ale participării în cazul unui grup de persoane cu deficiențe de vedere, printr-o abordare descriptiv-exploratorie. Acest lucru este determinat de faptul că ne confruntăm cu un domeniu nou de studiu dacă luăm în calcul abordarea participării persoanelor cu deficiențe de vedere prin prisma restricțiilor sau dificultăților, sau cu o arie cu privire la care nu am identificat nici un studiu anterior dacă ne raportăm mai specific la participarea obiectivă a persoanelor cu deficiențe de vedere.

Exceptând participarea oficială în muncă, nu sunt disponibile date concrete legate de alte aspecte ale participării în cazul persoanelor cu deficiențe de vedere, ca de altfel în cazul oricărui alt grup de persoane cu dizabilități, cel puțin la nivelul țării noastre. Există date aproximative în literatura internațională privind anumite grupuri speciale (mai ales cu leziuni cerebrale traumatiche), precum și câteva studii în care au fost analizate restricțiile sau dificultățile în participarea unor grupuri de persoane vârstnice, cu deficiențe de vedere dobândite la vârsta a III-a și/ sau cu deficiențe mai ușoare ( $AV < 0,5$ ). Rezultatele studiilor identificate au fost prezentate în capitolul 2 al acestei lucrări. Nici la nivelul populației generale nu am identificat studii naționale sau internaționale legate de participarea obiectivă, exceptându-le pe cele privind utilizarea timpului, din care pot fi deduse unele aspecte participative. Totuși, în țara noastră și acestea se află la început de drum, iar datele accesibile limitează posibilitățile de analiză din perspectiva participării.

Studiul participării persoanelor cu deficiențe de vedere în activități ale vieții de zi cu zi ar putea evidenția anumite tendințe sau pattern-uri de activitate și participare ale nevăzătorilor și slab văzătorilor, care să conducă la o mai bună înțelegere a implicațiilor psiho-sociale ale deficienței și la posibilitatea dezvoltării unor programe de sprijin ținute pe probleme concrete și obiective ale grupului.

Întrucât ne confruntăm cu o cantitate mare de date, vom organiza secțiunea de analiză și interpretare a rezultatelor pe mai multe niveluri, în funcție de tipul analizelor efectuate și de cele 5 domenii ale participării analizate. Pentru fiecare domeniu vom prezenta inițial datele separat pentru dimensiunile componente și scorul final, urmând să analizăm rezultatele într-o manieră descriptiv-exploratorie, în funcție de variabile socio-demografice, variabile privind dizabilitatea și câteva aspecte ale funcționării psihologice și satisfacției cu viața. Din considerente de spațiu și ținând cont de specificul exploratoriu al studiului, vom prezenta cu precădere analizele semnificative, fără a încărcă inutil textul cu prezentarea tuturor analizelor efectuate.

Într-o altă ordine de idei, pe parcursul capitoului vom compara datele obținute în eșantionul nostru cu rezultatele *Anchetei utilizării timpului [TUS] în România* (Institutul Național de Statistică [INS], 2013), care se înscrie pe coordonatele generale ale programului desfășurat de Oficiul de Statistică al Uniunii Europene (EUROSTAT), derulată în România în perioada septembrie 2011 – septembrie 2012, pe un eșantion reprezentativ la nivelul populației generale. Întrucât participanții la studiul nostru au vârsta cuprinsă în intervalul 21-62 de ani și pe considerentul că există diferențe semnificative în ce privește diverse aspecte ale participării în funcție de vârstă, vom extrage datele din TUS raportându-ne la grupa de vârstă 24-64 de ani (cea mai apropiată variantă disponibilă) prin calculul mediilor subgrupelor 25-44 ani și respectiv 45-64 ani.

Pentru prelucrarea și analiza datelor am utilizat programul IBM SPSS Statistics 20.0.0.

## 4.2. Obiective și ipoteze

Prin studiul de față ne propunem să analizăm, printr-o abordare descriptiv-exploratorie, aspecte obiective ale participării unui grup de 80 de persoane cu deficiențe de vedere cu acuitate vizuală mai mică decât 0,3, cu o predominanță a cazurilor cu cecitate și deficiențe înnăscute. Lotul de participanți este echilibrat din punct de vedere al genului, vârstei, nivelului de studii, statusului marital, statusului ocupării și prezenței restantului vizual, ceea ce ne permite să comparăm aspecte ale participării sub-grupurilor formate în funcție de aceste caracteristici.

Mai specific, obiectivele acestei cercetări sunt:

- Analiza cantitativă a specificului participării persoanelor cu deficiențe de vedere în domeniile productivitate, relații personale, comunitate, în afara casei și timp liber și în dimensiunile fiecăruia dintre acestea
- Analiza comparativă a participării pe domenii și dimensiuni în funcție de variabile socio-demografice și privind dizabilitatea
- Analiza relațiilor dintre domeniile și dimensiunile participării și variabile socio-demografice, privind dizabilitatea și aspecte ale funcționării psihologice.

Domeniile participării și dimensiunile aferente în funcție de care vom face prezentarea, analiza și interpretarea rezultatelor sunt cele aferente CMP, prezentat în capitolul anterior. În plus vom analiza aspecte legate de implicarea în activități (cu precădere solitare) de petrecere a timpului liber.

Întrucât vom cerceta aceste probleme într-o manieră axată pe descriere, analiză și explorare, specifică domeniilor de studiu noi, despre teme despre care se cunosc foarte puține lucruri (sau deloc, cum e cazul nostru), prin studiul de față avem un număr foarte mare de ipoteze care vor fi testate în scop explorator, fără a ne limita la un set de ipoteze prestabilite care vor fi testate exclusiv. Vom enumera în aceste condiții doar ipotezele centrale, care grupează mai multe analize incluse în acest studiu, privind cele mai relevante aspecte ale participării grupului investigat:

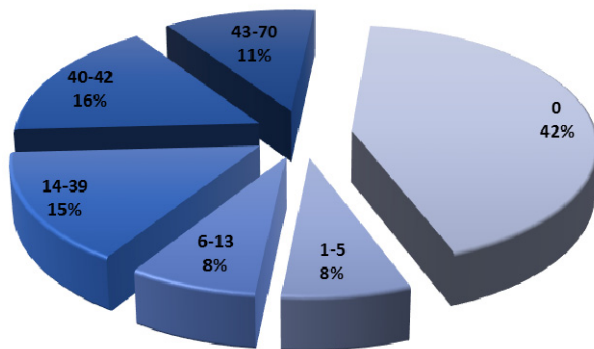
- ☐ Există diferențe semnificative în ceea ce privește domeniile și dimensiunile participării măsurate în funcție de:
  - ☐ genul participanților
  - ☐ nivelul de studii
  - ☐ nivelul de vârstă
  - ☐ statusul ocupațional
  - ☐ statusul marital
  - ☐ statusul locuirii (singur sau cu alte persoane)
  - ☐ nivelul restantului vizual
  - ☐ statusul parental.
- ☐ Măsurile domeniilor și dimensiunilor participării se asociază semnificativ cu aspecte ale funcționării psihologice:
  - ☐ autoeficacitatea generală,
  - ☐ nivelul depresiei, anxietății și stresului,
  - ☐ stima de sine
  - ☐ satisfacția cu viața
- ☐ Măsurile domeniilor și dimensiunilor participării se asociază semnificativ cu aspecte privind dizabilitatea:
  - ☐ nivelul restantului vizual
  - ☐ vârsta dobândirii deficienței
  - ☐ nivelul utilizării sistemului Braille
  - ☐ numărul anilor de studii într-o școală specializată
  - ☐ independența autopercepută
- ☐ Măsurile domeniilor și dimensiunilor participării se asociază semnificativ cu:
  - ☐ numărul copiilor
  - ☐ numărul persoanelor cu care locuiește
  - ☐ sănătatea autopercepută
  - ☐ situația financiară autopercepută
  - ☐ nivelul suportului social autoperceput
  - ☐ nivelul utilizării unui computer personal
  - ☐ satisfacția cu implicarea în activități sociale.

Urmează să verificăm în special aceste ipoteze, nu înainte însă de a prezenta datele corespunzătoare fiecărei dimensiuni a participării măsurate și pe cele aferente scorurilor pe domenii, iar în cazurile în care acest lucru este posibil să comparăm aceste date cu unele aspecte ale participării identificate în legătură cu populația generală a țării noastre.

### 4.3. Prezentarea datelor

#### 4.3.1. Participarea în activități productive

Timpul petrecut cu **muncă plătită** (măsurat în ore pe săptămână) al participanților la acest studiu este de minimum 0, maximum 70 de ore, distribuția având mediana 4,5 și modul 0, puternic asimetrică pozitiv (testul Shapiro-Wilk=.254 (79) la un  $p<.001$  confirmând că este o distribuție non-gaussiană), ceea ce este determinat de specificul populației cu deficiențe de vedere care prezintă o rată foarte mică a angajării (în 2009 era sub 3% conform statisticilor oficiale ale A.N.P.H., apud M.M.F.P.S., 2009). Oricum, în eșantionul nostru este supraprezentat grupul celor activi economic.



**Graficul 4.1. Numărul de ore petrecute cu muncă plătită, pe săptămână**

Datele în forma grupată sunt prezentate în graficul 4.1, din care putem observa că un procent important din participanți nu desfășoară activități de muncă plătită (42,5%), 15% lucrează între 1-13 ore pe săptămână, tot



15% între 14-39 ore, 16,3% lucrează în medie 40-42 de ore pe săptămână, iar cei care lucrează mai mult de 42 de ore pe săptămână sunt în procent de 11,2%.

În cazul celor care lucrează (46), media numărului de ore muncite pe săptămână este 29,17, jumătate raportând mai puțin de 30 de ore și 26% exact 40 de ore.

Cu toate că nu este foarte relevantă comparația având în vedere ne-reprezentativitatea eșantionului și rata crescută de ocupare a participanților la studiul nostru, aceasta rămâne totuși considerabil mai mică decât a populației generale. În România, media ratei de participare în activități economice pentru grupa de vârstă 25-64 de ani este de 64,8%, mai mare comparativ cu 57,5% cât este în eșantionul nostru și de peste 20 de ori mai mare comparativ cu rata oficială a participării economice a populației cu deficiențe de vedere. În ceea ce privește timpul petrecut cu munca plătită, în populația generală media este de aproape 28 de ore pe săptămână (INS, 2013, p. 97), în timp ce participanții noștri ocupați petrec în medie peste 29 de ore.

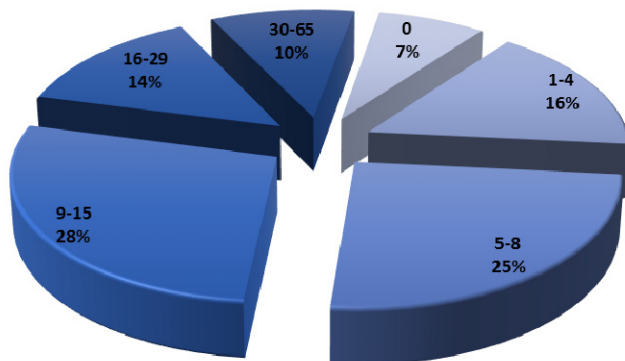
Cea mai mare parte din participanții la studiul nostru (73,8%) nu petrec timp cu **studiul** în forme organizate, iar 26,2% petrec între 2 și 40 de ore pe săptămână. Doar 6 dintre aceștia (din totalul de 21) au raportat simultan și timp petrecut cu muncă pentru a obține venituri.

Dintre cei 21 de participanți care petrec timp cu studiul, 5 petrec între 1-3 ore pe săptămână, 4 între 4-9 ore, 5 între 10-15 ore, 4 între 16-20 ore și 3 între 21-40 ore. Din informațiile pe care le avem 2 urmează școală postliceală, 3 urmează programe de studiu universitare, 3 programe post-universitare.

Distribuția numărului de ore petrecute cu **activități casnice** de către participanții la studiul nostru are valoarea minimă 0 și maximă 64, mediana 10 și modul 10. Indicatorii Skewness= 1,985 și Kurtosis= 4,554 arată în mod clar o distribuție non-gaussiană.

În graficul 4.2 am prezentat datele în variantă grupată, pentru mai multă lizibilitate. Putem observa că aproximativ jumătate din participanți petrec mai puțin de 8 ore pe săptămână cu activități casnice și un sfert

mai puțin de 4 ore, în timp ce mai mult de un sfert din jumătatea superioară petrec între 9-15 ore, iar restul peste 16 ore.



**Graficul 4.2. Numărul de ore petrecute cu activități casnice, pe săptămână**

Rezultată prin însumarea timpului petrecut cu îngrijirea și educarea copiilor cu timpul petrecut cu îngrijirea altor persoane, variabila **îngrijirea copiilor și altor persoane** are o distribuție puternic asimetrică la nivelul lotului nostru de participanți, cu 66,3% dintre aceștia care nu petrec timp cu astfel de activități. 8,8% petrec între 1-9 ore, 11,3% între 10-15 ore, 7,5% între 16-25 de ore și 6,3% între 26-84 ore.

Cu îngrijirea și educarea copiilor petrec timp 27,5% dintre participanți (între 1-84 de ore), iar cu îngrijirea altor persoane petrec timp 8,7% (între 1-24 de ore pe săptămână).

În România, rata participării în activități de îngrijire a gospodăriei și familiei este de 95,37% pentru grupa de vârstă 25-64 de ani (INS, 2013, p. 170) și cu 0,37% mai mică rata participării în activități casnice și de îngrijirea copiilor și altor persoane în eșantionul nostru, ceea ce poate fi considerată o participare similară.

Cu activitățile de îngrijire a gospodăriei și familiei (munca neplătită), românii cu vârstă cuprinsă între 25-64 de ani petrec în medie 25 ore pe săptămână (INS, 2013, p. 98), în timp ce mediana pentru grupul nostru este 10 și media 18,98 (cu toate că având distribuție nongaussiană aceasta

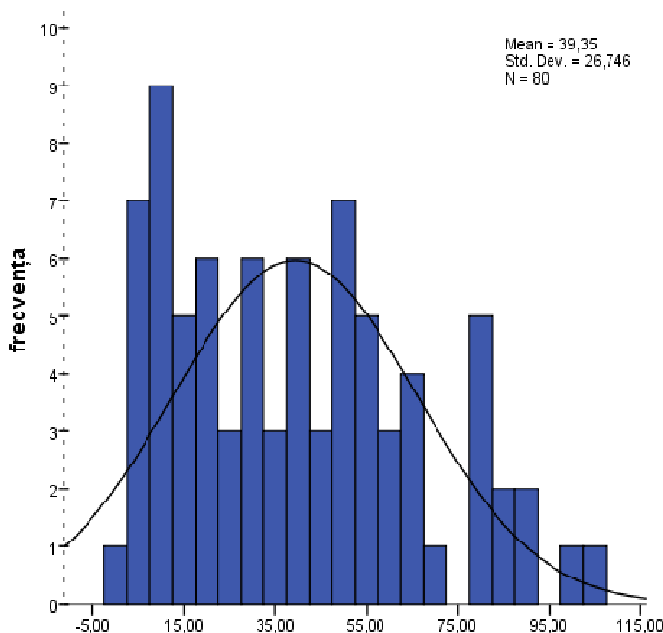
din urmă nu este reprezentativă). Oricum, este clară participarea semnificativ mai redusă în astfel de activități în cazul grupului nostru, la mai mult de jumătate dacă facem comparația cu mediana. Așadar, putem spune că persoanele cu deficiențe de vedere din grupul nostru petrec mai puțin de jumătate din timpul petrecut în populația generală cu astfel de activități, ceea ce evidențiază faptul că nevăzătorii și slab-văzătorii apelează la sprijinul altor persoane din acest punct de vedere pentru a compensa dificultățile specifice întâmpinate cu aceste activități.

Pentru a obține o variantă grupată a datelor și a calcula un **scor total pentru participarea în activități productive** am format câte 6 clustere pentru fiecare item, reprezentând nivelul de implicare în acel tip de activitate (deloc=0, foarte puțin=1, puțin=2, mediu=3, mult=4, foarte mult=5), în funcție de distribuția observată la nivelul lotului de participanți. Am însumat timpul petrecut cu îngrijirea și educarea copiilor și îngrijirea altor persoane (având frecvențe reduse pentru fiecare dintre acestea), rezultând variabila îngrijirea copiilor și altor persoane, pe care am grupat-o în 6 clase.

Scorul final îl reprezintă media aritmetică a scorurilor pentru participarea în muncă, studiu, activități casnice și îngrijirea copiilor și altor persoane, putând lua valori între 0 și 5 (ipotetic vorbind). Distribuția scorurilor de participare în activități productive se prezintă cu minimum 0, maximum 3,75, media 1,57, mediana 1,5 și modul 1,75, abaterea standard 0,82 și indicatori de oblicitate și de boltire în limitele acceptate pentru distribuții gaussiene (Skewness=.540, Kurtosis=-.192). Totuși, testul Shapiro-Wilk pentru testarea normalității distribuției (=961) este semnificativ statistic ( $p < .05$ ), ceea ce ne îndreptățește să afirmăm că distribuția se îndepărtează semnificativ de una gaussiană. Calculând coeficientul de variație obținem 52,23% (care arată o împrăștiere mare a datelor), ceea ce este o confirmare în plus a faptului că media de 1,57 nu este un bun indicator pentru tendința centrală.

Ca alternativă a scorului pentru participarea în activități productive, prin însumarea numărului de ore petrecut pe săptămână cu fiecare dintre activitățile considerate productive și prezentate mai sus, am obținut timpul total petrecut cu activități productive, care exprimă cât de ocupat este fiecare participant cu munca plătită și neplătită și cu studiul.

Cu toate că este posibil ca unele dintre activități să fie întreprinse simultan și numărul efectiv de ore să fie în realitate mai mic, considerăm că este puțin probabil să existe diferențe semnificative. Din timpul de muncă pentru a obține venituri ar putea, eventual, o mică parte să fie folosită cu studiul în cazul participanților care au locuri de muncă cu program fix și ferestre cu timp liber, însă doar 6 participanți au raportat simultan participare în muncă și studiu mai mult de 1 oră pe săptămână, cazuri în care ar exista această posibilitate. Mai probabil ar fi să existe suprapuneri între timpul petrecut cu activități casnice și cel cu îngrijirea copiilor și altor persoane, sau chiar cu studiul, risc care ar exista în cazul a 53,7% dintre participanți.

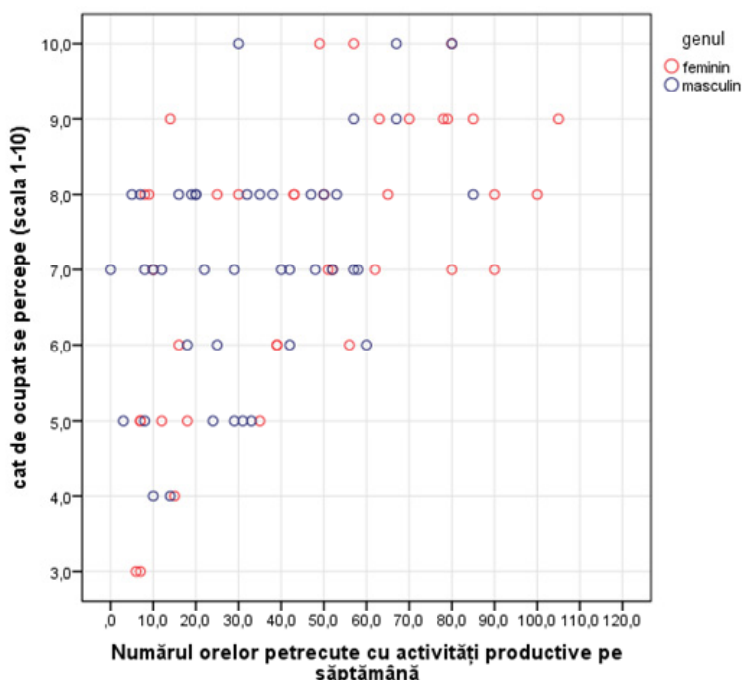


**Graficul 4.3. Distribuția numărului de ore petrecute cu activități productive, pe săptămână**

Distribuția se prezintă cu un minimum de 0 ore și maximum 105, media 39,35, mediana 36,5 și modul 7 (4 cazuri), abaterea standard 26,75.

Indicatorii Skewness= ,506, Kurtosis= -,665 arată că distribuția nu se îndepărtează foarte mult de una gaussiană, însă forma acesteia și indicatorii statistici de start ne determină să testăm normalitatea distribuției cu teste mai precise. Testul Shapiro-Wilk este semnificativ statistic la un  $p < .01$ , astfel încât conchidem că distribuția se îndepărtează considerabil de una gaussiană.

Timul total petrecut cu activități productive care exprimă cât de ocupat este fiecare participant cu munca plătită și neplătită și cu studiul, se asociază destul de puternic cu nivelul la care participanții se autopercep ca fiind ocupați, măsurat pe o scală de la 1 la 10 ( $r_s = ,513$ ,  $p < ,001$ ).



**Graficul 4.4. Asocierea dintre numărul de ore petrecute cu activități productive și nivelul autoperceperii ca fiind ocupat**

Asocierea este mai puternică în cazul genului feminin ( $r_s = ,585$ ,  $p < ,0001$ ) și mai slabă în cazul genului masculin ( $r_s = ,373$ ,  $p < ,05$ ). În cazul bărbaților,

observăm o tendință de a se considera mai ocupați la un număr mai mic de ore petrecute cu activități productive decât femeile, ceea ce poate presupune că se consideră ocupați și datorită altor tipuri de activități decât cele productive.

Pe de altă parte, timpul petrecut cu activități productive este foarte puternic asociat ( $r_s=,914$ ,  $p<,0001$ ) cu scorul de participare calculat ca medie a scorurilor dimensiunilor componente, astfel încât acestea pot fi considerate măsuri echivalente ale participării în activități productive. Totuși, pentru a avea o abordare unitară a domeniilor participării, pe parcursul acestei lucrări ne vom referi la scorul de participare în activități productive calculat ca medie a scorurilor dimensiunilor componente și nu ca sumă a timpului petrecut cu fiecare dintre acestea.

### 4.3.2. Participarea în relații personale

Distribuția numărului de persoane din **rețeaua socială** a participanților (obținută prin însumarea numărului prietenilor, al membrilor familiei și al altor persoane cu care păstrează legătura) se prezintă cu minimum 7, maximum 168, mediana 31, moduri 13, 38 și 45 (cu frecvența=4), astfel că este puternic asimetrică pozitiv (anormalitate evidențiată și prin indicatorii Skewness=1,827 și Kurtosis= 3,520).

Făcând media aritmetică între scorurile (obținute prin formarea clusterelor) pentru numărul prietenilor, numărul membrilor familiei și al altor persoane cu care tine legătura, obținem o distribuție mult mai apropiată de una gaussiană (media=3,13, mediana=3,33 și modul=3,33, Skewness= -1,38, Kurtosis= -0,909), printr-un mai bun control al datelor extreme. De asemenea, considerăm că este mai relevantă această modalitate de calcul, întrucât fiecare dintre variabilele compozite are un aport egal la calculul scorului pentru rețea socială, care este astfel echilibrat.

Pentru a evidenția modalitatea de calcul a scorului pentru mărimea rețelei sociale, prezentăm în tabelul de mai jos modalitatea de grupare a datelor pentru cele trei variabile compozite și procentul din participanți care se încadrează în fiecare categorie.

**Tabelul 4.1. Formarea claselor pentru variabilele compozite ale rețelei sociale**

scor clasă	mărimea rețelei	număr prieteni	% particip.	număr membri ai familiei	% particip.	număr alte pers.	% particip.
0	inexistentă	0	6,3%	0	1,3%	0	0%
1	foarte restr.	1	6,3%	1-2	8,8%	1-6	16,3%
2	restrânsă	2	22,5%	3	15,0%	7-10	16,3%
3	medie	3	27,5%	4-6	28,7%	11-25	26,3%
4	largă	4-5	25,0%	7-11	26,3%	26-45	20,0%
5	foarte largă	6-12	12,5%	12-30	20,0%	46-150	21,3%

În ceea ce privește scorul pentru mărimea rețelei sociale 11,3% dintre participanți au scorul cuprins între 0 și 1.67 (rețea socială foarte restrânsă), 16,3% între 1.68 și 2.33 (rețea socială restrânsă), 35,1% între 2,34 și 3,33 (rețea socială medie), 21,3% între 3,34 și 4 (rețea socială largă) și 16,2% între 4,1 și 5 (rețea socială foarte largă).

Distribuțiile frecvenței **întâlnirilor cu prieteni foarte apropiați, cu membri ai familiei și cu alte persoane** cu care păstrează legătura sunt puternic asimetrice pozitiv (tabelul 4.2.), mediile fiind semnificativ mai mari decât medianele (skewness mult peste .8) și platicurtice (kurtosis mult peste 1), reliefând o mare variabilitate a datelor.

**Tabelul 4.2. Indici statistici de start pentru variabilele privind frecvența întâlnirilor**

Indicator statistic	frecvența întâlnirilor cu prieteni apropiați/ lună	frecvența întâlnirilor cu membri ai familiei apropiați	frecvența întâlnirilor cu alte persoane / lună
Mediana	4,000	2,000	2,500
Modul	4,0	2,0	2,0
Skewness	2,642	3,864	2,255
Kurtosis	7,456	17,587	5,201
Minimum	,0	,0	,0
Maximum	50,0	90,0	30,0

Din tabelul de mai sus putem observa că cea mai mare amplitudine o are frecvența întâlnirilor cu membri ai familiei (90), urmată de întâlnirile cu prieteni (50) și cu alte persoane cu care păstrează legătura (30), în timp ce medianele plasează întâlnirile cu prietenii pe primul loc din punct de vedere al frecvenței.

**Tabelul 4.3. Formarea claselor pentru variabilele legate de frecvența întâlnirilor**

scor clasă	Frecvență întâlniri	cu prieteni	% particip.	cu membri ai familiei	% particip.	cu alte persoane	% particip.
0	deloc	0	10,0%	0	10,0%	0	11,3%
1	foarte rar	1	11,3%	1	18,8%	1	16,3%
2	rar	2-3	17,5%	2	22,5%	2	22,5%
3	mediu	4	28,7%	3-5	23,8%	3-5	23,8%
4	des	5-12	20,0%	6-20	16,3%	6-10	16,3%
5	foarte des	15-30	12,5%	21-90	8,8%	11-30	10,0%

Observăm că în mod obișnuit nu au nicio întâlnire pe lună cu prieteni 10% dintre participanți, cu membri ai familiei tot 10% și cu alte persoane cu care țin legătura 11,3%.

Între 1-4 întâlniri cu prieteni au 57,5% dintre participanți, între 1-5 întâlniri cu membri ai familiei au 65,1% și între 1-5 întâlniri alte persoane cu care păstrează legătura 62,6%. Întâlniri mai dese și foarte dese ar însemna peste 5 cu prieteni (32,5% dintre participanți), peste 6 cu membri ai familiei (55,1%) și peste 6 cu alte persoane (26,3% dintre participanți)

Distribuțiile frecvenței **convorbirilor cu prieteni foarte apropiați, cu membri ai familiei și cu alte persoane** cu care păstrează legătura sunt puternic asimetrice pozitiv (tabelul 4.4.), mediile fiind semnificativ mai mari decât medianele (skewness mult peste .8) și platicurtice (kurtosis mult peste 1), reliefând o mare variabilitate a datelor.



**Tabelul 4.4. Indici statistici de start  
pentru variabilele privind frecvența convorbirilor**

indicator statistic	frecvența convorbirilor cu prieteni apropiați/ lună	frecvența convorbirilor cu membri ai familiei/ lună	frecvența convorbirilor cu alte persoane/ lună
Mediana	15,000	12,500	8,000
Modul	30,0	20,0	2,0
Skewness	1,379	2,595	2,143
Kurtosis	1,116	9,815	5,874
Minimum	,0	,0	1,0
Maximum	100,0	180,0	100,0

Analizând tabelul de mai sus putem observa că cea mai mare amplitudine o are frecvența convorbirilor cu membri ai familiei (180), urmată de întâlnirile cu prieteni și de alte persoane cu care păstrează legătura (100, la egalitate), în timp ce medianele plasează convorbirile cu prietenii pe primul loc din punct de vedere al frecvenței, urmate de convorbirile cu membrii familiei și de cele cu alte persoane (care par a fi mult mai rare).

**Tabelul 4.5. Formarea claselor  
pentru variabilele legate de frecvența convorbirilor pe lună**

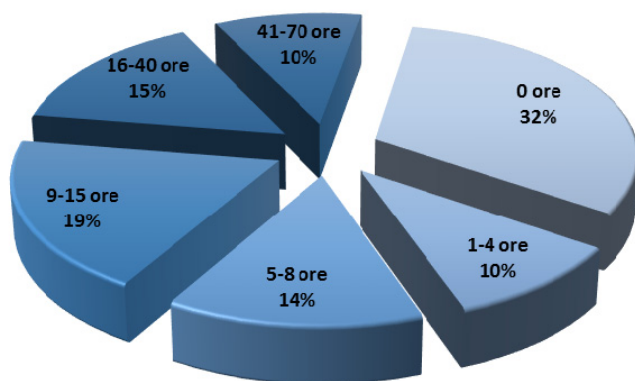
scor clasă	frecvență convorbiri	cu prieteni	% particip.	cu membri ai familiei	% particip.	cu alte persoane	% particip.
0	deloc	0	6,3%	0	0%	0	0%
1	foarte rar	1-5	13,8%	1-2	15,0%	1-2	28,7%
2	rar	6-12	25,0%	3-8	20,0%	3-6	20,0%
3	mediu	13-25	20,0%	9-18	20,0%	7-15	18,8%
4	des	26-50	21,3%	19-40	26,3%	16-35	20,0%
5	foarte des	51-100	13,8%	41-180	18,8%	36-100	12,5%

Din tabelul de mai sus observăm că în mod obișnuit nu au nicio convorbire pe lună cu prieteni 6,3% dintre participanți (cei 5 care nu consideră că au prieteni foarte apropiați), iar cu membri ai familiei și cu alte persoane cu care țin legătura toți participanții au cel puțin o convorbire pe lună.

13,8% din participanți au între 1-5 convorbiri cu prieteni pe lună, între 6-25 de convorbiri au 45% și peste 26 convorbiri au 35,1% dintre participanți. Convorbirile cu membri ai familiei tind să fie mai rare decât acelea cu prietenii, 1-2 convorbiri având 15% dintre participanți, între 3-18 convorbiri 40%, și peste 19 – 45% dintre participanți.

Convorbiri mai dese și foarte dese ar însemna peste 5 cu prieteni (32,5% dintre participanți), peste 6 cu membri ai familiei (55,1%) și peste 6 cu alte persoane (26,3% dintre participanți).

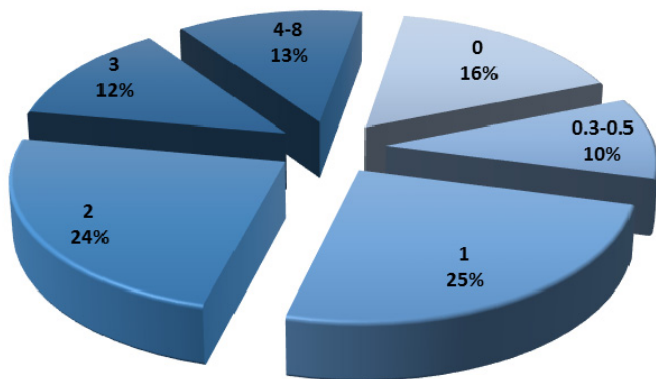
Distribuția timpului petrecut de către participanți desfășurând **activități împreună cu partenerul** se prezintă cu minimum 0, maximum 70, media 12,98, mediana 6,5 și modul 0, așadar cu o puternică asimetrie pozitivă (în plus skewness mult peste .8 și kurtosis mult peste 1). Un răspuns lipsește, întrucât participantul nu a dorit să răspundă la această întrebare. 32% dintre participanți raportează 0 ore, aceștia nefiind implicați într-o relație de cuplu.



**Graficul 4.5. Numărul de ore petrecute cu activități împreună cu partenerul pe săptămână**

Prin raportare la datele grupului nostru, între 1-4 ore ar însemna timp foarte puțin petrecut împreună cu partenerul (10% dintre participanți), 5-8 ore timp puțin (14%), 9-15 ore mediu (19%), 16-40 ore mult (15%) și 41-70 ore foarte mult (10%).

Frecvența participării la **petreceri sau reuniuni restrânse în familie și cu prieteni** are o distribuție cu minimum 0 și maximum 8, cu media 1,76, mediana și modul 1, așadar cu o puternică asimetrie pozitivă (skewness mult peste .8 și kurtosis mult peste 1). Peste 50% dintre participanți raportează între 0 și o participare pe lună. Am prevăzut o foarte mare aglomerare a datelor în jurul valorii 1 și am solicitat participanților să raporteze și participări mai rare decât una pe lună (așa încât am avut și frecvențe de tipul 0,3 sau 0,5) Raportarea frecvenței pe an ar părea mai potrivită din acest punct de vedere, însă ar presupune dificultăți mai mari de răspuns. Oricum, presupunem că participările foarte rare de tipul una sau două pe an (de exemplu la sărbători) nu au fost raportate.



**Graficul 4.6. Frecvența participării la petreceri și reuniuni restrânse în familie sau cu prieteni/ lună**

Dintre participanții la studiul nostru, 16% nu au nicio participare pe lună la petreceri sau reuniuni restrânse în familie și cu prieteni, iar 10% au raportat participări mai rare decât o dată pe lună (una la 2 sau la 3 luni). O dată pe lună participă la astfel de întruniri 25% dintre participanți, de

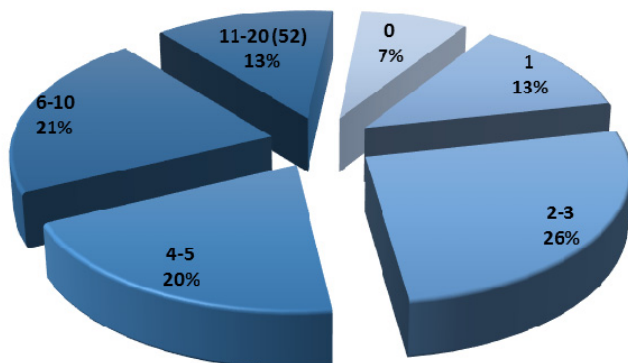
două ori pe lună participă 24% și mai des de 3 ori pe lună 25% (de 3 ori pe lună 12% și de 4-8 ori pe lună 13%).

**Scorul final pentru relații personale** îl reprezintă media aritmetică a scorurilor pentru mărimea rețelei sociale, frecvența întâlnirilor cu prieteni, rude și alte persoane, frecvența convorbirilor cu prieteni, rude și alte persoane, timpul petrecut cu partenerul și frecvența participării la întruniri restrânse în familie sau cu prieteni. Scorul poate lua valori între 0 și 5 (ipotetic vorbind).

Distribuția se prezintă cu minimum 1,11, maximum 4,52, media 2,65, mediana 2,68, deviația standard 0,74 și indicatori de oblicitate și de boltire în limitele acceptate pentru distribuții gaussiene (Skewness=.100, Kurtosis=-.456). Testul Shapiro-Wilk este egal cu .989 (80df) și nesemnificativ statistic ( $p=.736$ ), ceea ce ne îndreptățește să afirmăm că distribuția nu se îndepărtează semnificativ de una gaussiană. Calculând coeficientul de variație obținem 27,92% (care arată, la limită, o împrăștiere moderată a datelor). Astfel, vom considera media de 2,65 ca fiind un indicator satisfăcător pentru tendința centrală și este o confirmare în plus a faptului că avem o distribuție gaussiană.

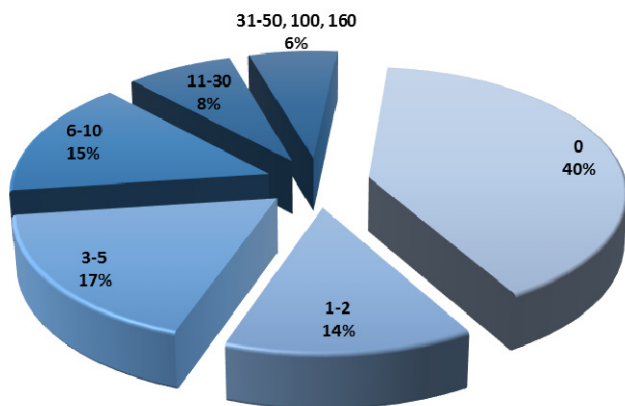
#### 4.3.3. Participarea în comunitate

Frecvența participării la **petreceri mari și întruniri cu multe persoane necunoscute** are o distribuție cu minimum 0 și maximum 52 (sau maximum 20, cu un caz extrem = 52), cu media 5,49, mediana 4 și modul 2, așadar cu o puternică asimetrie pozitivă (skewness mult peste .8 și kurtosis mult peste 1) crescută de cazul extrem. Fără participare anuală la astfel de întruniri sunt 7,5% dintre participanți, între 1-5 participări pe an au 58,8% și mai mult de 6 au 33,7% dintre participanți.



**Graficul 4.7. Frecvența participării  
la petreceri mari și întruniri cu multe persoane necunoscute/ an**

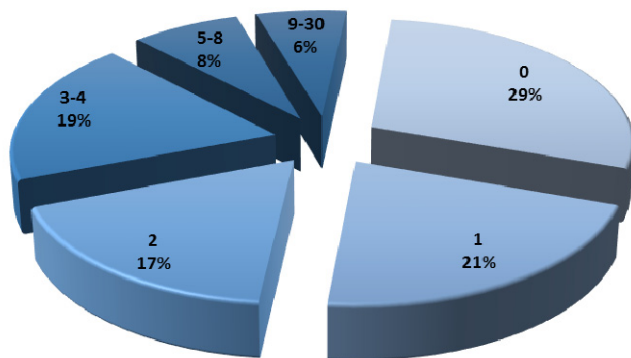
Timpul pe lună petrecut cu **activități de voluntariat** are o distribuție cu minimum 0 și maximum 162 (sau maximum 50, cu două cazuri extreme = 100, 162), cu media 8,75, mediana 2 și modul 0, așadar cu o puternică asimetrie pozitivă (skewness mult peste .8 și kurtosis mult peste 1) crescută de cazurile extreme.



**Graficul 4.8. Numărul orelor petrecute cu activități de voluntariat/ lună**

Nu au raportat timp petrecut cu activități de voluntariat 40% dintre participanți, între 1-2 ore pe lună petrec 13,8 %, între 3-5 ore petrec 17,5% și mai mult de 6 ore petrec 28,8 %.

Frecvența **ieșirilor la localuri publice** se prezintă cu minimum 0 și maximum 30, mediana 1,5 și modul 0, așadar cu o puternică asimetrie pozitivă. 28,7% dintre participanți nu au raportat astfel de ieșiri pe lună, 21,3% o ieșire, 36,3% 2-4 ieșiri, și peste 5 13,8%.



**Graficul 4.9. Frecvența ieșirilor la localuri publice/ lună**

Dintre participanții la studiul nostru, 40% nu participă la **servicii religioase sau spirituale**, 23,8% participă o dată sau de două ori pe lună, 27,6% de 3-4 ori și de 5 ori sau mai des participă 8,8%.

62,5% dintre participanții la studiul nostru nu participă nici măcar o dată pe an la **întâlniri într-un club sau organizație**, iar distribuția celor care participă este echilibrată în funcție de categoriile de frecvență a participării 1-6, 7-10, 11-23, 24-47, 48-100 ori pe an, cu procente aferente de 8.8, 8.8, 7.5, 6.3, 6.3.

La **concerte, spectacole sau evenimente sportive** 27.5% dintre participanți nu obișnuiesc să participe, 27.6% participă o dată sau de două ori pe an, 22.5% de 3-4 ori pe an, 12.5% de 5-6 ori pe an și 10% de 7-24 ori pe an.

**Scorul final de participare în comunitate**, calculat ca medie a scorurilor celor 6 indicatori are o distribuție gaussiană la nivelul eșantionului (testul Shapiro-Wilk=.982 (80),  $p=.307$ ), ce se încadrează între minimum 0.17, maximum 3.83, media 2.04, mediana 2.0, și deviația standard 0,87. Calculând coeficientul de variație obținem 42,64% (care arată o împrăștiere mare a datelor) și ne determină să privim cu rezervă media de 2,04 ca fiind un indicator bun pentru tendința centrală, chiar dacă avem o distribuție apropiată de una gaussiană.

#### 4.3.4. Participarea în afara casei

În ceea ce privește dimensiunile participării în afara casei, vom prezenta datele într-o formă comprimată. Astfel, putem observa din tabelul nr. 4.6. că toți participanții ies din casă cel puțin o dată pe săptămână și petrec în afara casei cel puțin o oră, se plimbă cel puțin o oră și sunt plecați în excursii cel puțin o zi pe an. În schimb, procente mici din participanți nu petrec nicio oră pe săptămână călătorind cu mijloace de transport (6,3%) și nu fac cumpărături nici măcar o dată pe lună (7,5%).

În populația generală, românii cu vârsta cuprinsă între 25-64 de ani petrec în medie 34 ore pe săptămână în afara locuinței (INS, 2013, p. 79), în timp ce mediana pentru grupul nostru este 20 și media 25,43 (cu toate că având distribuție nongaussiană aceasta din urmă nu este reprezentativă). Oricum, este evident faptul că persoanele cu deficiențe de vedere participante la studiul nostru petrec semnificativ mai mult timp în propria locuință comparativ cu populația generală. Vom urmări în secțiunea următoare a acestui studiu diferențele existente în funcție de gen, de statusul ocupațional și alte variabile.

fost de 4 ore și 6 minute pe lună (p. 34). Dacă presupunem că participanții la studiul nostru utilizează atât telefonul fix cât și pe cel mobil, însumăm traficul mediu pentru cele două servicii și obținem 5 ore și 36 de minute pe lună. În grupul nostru, mediana timpului petrecut la telefon este de 5 ore pe săptămână, ceea ce ne determină să concluzionăm că persoanele cu deficiențe de vedere participante la studiu nostru petrec aproape de 4 ori mai mult timp la telefon comparativ cu populația generală.

Calculat ca medie a scorurilor celor 7 dimensiuni, scorul final de implicare în activități de petrecere a timpului liber are o distribuție gaussiană la nivelul eșantionului (testul Shapiro-Wilk=.977 (80),  $p=.151$ ), ce se încadrează între minimum 0.88, maximum 3.88, media 2.42, mediana 2.44 și deviația standard 0,63. Calculând coeficientul de variație obținem 26,03% (care arată o împrăștiere moderată a datelor). Astfel, vom considera media de 2,65 ca fiind un indicator satisfăcător pentru tendința centrală și este o confirmare în plus a faptului că avem o distribuție gaussiană.

## 4.4. Analiza și interpretarea rezultatelor

### 4.4.1. Comparații în funcție de gen

Verificând dacă există diferențe semnificative statistic în funcție de gen în ceea ce privește *participarea în activități productive și dimensiunile acestora*, constatăm că diferențele sunt semnificative numai în ceea ce privește timpul petrecut cu activități casnice (media rangurilor  $_{femei}=52.22$ ,  $_{bărbați}=29.89$ ,  $Z=-4.309$ ,  $p<.001$ ) și cu îngrijirea copiilor și altor persoane (media rangurilor  $_{femei}=45.36$ ,  $_{bărbați}=36.11$ ,  $Z=-2.112$ ,  $p<.05$ ), diferențe așteptate întrucât ele există și în populația generală.

Chiar dacă la nivelul întregului grup diferențele nu sunt semnificative în funcție de gen, comparând *scorul de productivitate* doar în cazul celor ocupați aflăm că există diferențe semnificative între bărbați și femei (media rangurilor  $_{femei}=28,58$ ,  $_{bărbați}=19,93$ ,  $Z=-2.166$ ,  $p<.05$ ), în favoarea femeilor. Presupunem că acestea sunt determinate de implicarea lor în mai mare măsură în activități casnice și în îngrijirea copiilor și



altor persoane, având în vedere că timpul petrecut cu munca plătită este similar.

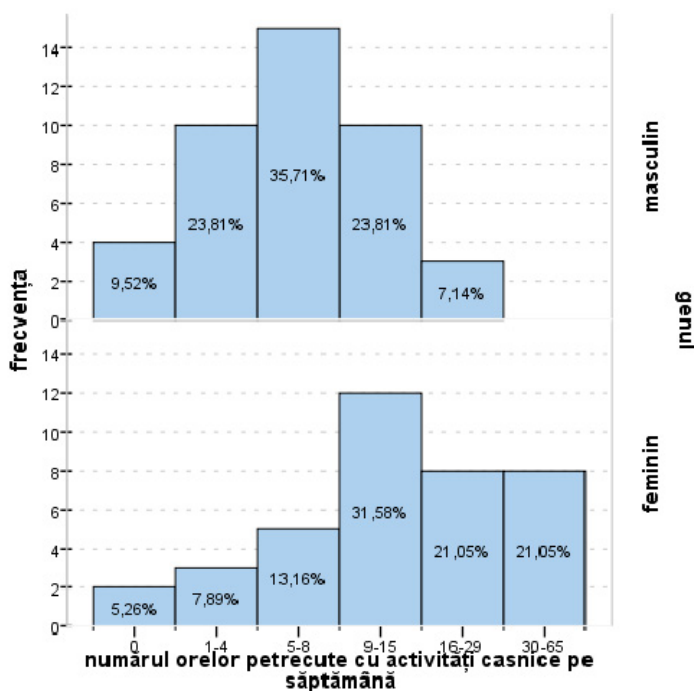
**Tabelul 4.8. Comparații în funcție de gen în ceea ce privește scorul de participare în activități productive și în dimensiunile acestora**

	scor producti- vitate	ore muncă/ săpt.	ore studiu/ săpt.	ore activ. casnice/ săpt.	ore îngrij. cop. și altor pers. / săpt.
Mann-Whitney U	639,500	672,500	756,500	352,500	613,500
Wilcoxon W	1542,500	1413,500	1497,500	1255,500	1516,500
Z	-1,536	-1,261	-,517	-4,309	-2,112
p	,125	,207	,605	,000	,035

În ceea ce privește ***munca plătită***, vom prezenta analizele comparative și asocierile cu alte variabile într-o manieră extensivă, în studiul special dedicat participării profesionale. Sintetic, în ceea ce privește timpul petrecut cu munca plătită nu există diferențe semnificative în funcție de gen, în schimb bărbații au o rată a ocupării de 64,29%, considerabil mai mare decât a femeilor, care este de numai 50,00%.

Acest lucru se întâmplă și în populația generală, bărbații având o rată a ocupării de 74,9%, în timp ce femeile de numai 55% (INS, 2013, p. 169). Observăm că bărbații din eșantionul nostru au o rată a ocupării cu aproape 10 procente mai mică decât în populația generală, în timp ce diferența în cazul femeilor este de 5%, iar pe de altă parte diferența dintre bărbați și femei este mai mică în eșantionul nostru comparativ cu populația generală (14 puncte procentuale comparativ cu aproape 20 în populația generală).

Implicarea în ***activități casnice*** diferă semnificativ în funcție de gen (media rangurilor  $_{femei}=52,22$ ,  $_{bărbați}=29,89$ ,  $Z=-4,309$ ,  $p<.001$ ). Din *graficul nr. 4.10*. putem observa că 33,06% dintre bărbați se implică în activități casnice maximum 4 ore pe săptămână, 68,67% sub 8 ore, în timp ce 73,68% dintre femei se implică mai mult decât 9 ore pe săptămână. Observăm că niciun bărbat nu se implică mai mult de 30 de ore.



**Graficul 4.10. Comparație în funcție de gen  
în ceea ce privește timpul petrecut cu muncă plătită**

Diferențele sunt considerabile și exprimă implicarea femeilor în mult mai mare măsură în activități casnice și îngrijirea copiilor și altor persoane, însă acest lucru era de așteptat și este caracteristic societății noastre. Faptul că se întâmplă și în cazul grupului nostru de persoane cu deficiențe de vedere confirmă ipoteza de normalitate a grupului.

Cu îngrijirea copiilor și altor persoane petrec timp 44,76% dintre femei și 23,81% dintre bărbați, cu o tendință evidentă de a petrece mai mult timp cu astfel de activități în cazul femeilor. Din *graficul nr. 4.11*, observăm că dintre femei puțin peste 21% petrec mai mult de 16 ore cu astfel de activități, iar dintre bărbați numai 7%. Diferențele sunt mai

- ❑ măsura în care pot să utilizeze un computer personal, media rangurilor  $_{femei}=17,58$ ,  $_{bărbați}=27,67$ ,  $Z=-2.539$ ,  $p<.05$  (foarte posibil ca bărbații să aibă abilități mai bune de utilizare a computerului personal decât femeile, mai plauzibil decât o potențială supraevaluare a acestora).
- ❑ măsura în care pot să utilizeze sistemul Braille media rangurilor  $_{femei}=18,16$ ,  $_{bărbați}=27,26$ ,  $Z=-.489$ ,  $p<.05$  (bărbații utilizează la nivel mai înalt și sistemul Braille decât femeile; totuși, acest lucru se justifică și prin faptul că au deficiențe mai grave).

În concluzie, bărbații ocupați își apreciază situația financiară ca fiind semnificativ mai bună comparativ cu femeile, la fel și abilitățile de utilizare a sistemului Braille și a computerului, deși au niveluri mai scăzute ale restantului vizual. În ceea ce privește utilizarea computerului diferențe între genuri au fost evidențiate și în populația generală, iar în ce privește utilizarea sistemului Braille la nivel mai înalt de către bărbați, aceasta s-ar putea datora tocmai faptului că au deficiențe mai grave.

### 5.2.3. Diferențe în funcție de nivelul educațional

Nivelul de studii a fost asociat frecvent cu statusul ocupării în diverse grupuri de persoane cu dizabilități. De exemplu Achterberg, Wind, de Boer și Frings-Dresen (2009) au găsit într-un studiu de metaanaliză că nivelul educațional este un predictor pentru angajare (nu doar nivelul educativ înalt al tinerilor cu dizabilități, dar și cel al părinților). În ceea ce privește persoanele cu deficiențe vizuale, Leonard, D'Allura și Horowitz (1999) au găsit o asociere semnificativă între angajare și nivelul educațional înalt, precum și între angajare și educația preponderentă în mediu incluziv. Cavanaugh, Giesen, and Steinman (2006) au găsit, de asemenea, nivelul educațional, vârsta, prezența unei dizabilități asociate și rasa/ etnia ca predictorii puternici ai angajării.

În cazul participanților la studiul nostru diferențele în ceea ce privește numărul de ore muncite în funcție de nivelul de studii sunt nesemnificative conform testului Kruskal Wallis ( $P_{\text{Monte Carlo}}=.534$ ). Dacă însă analizăm mediile rangurilor numărului de ore în funcție de nivelul de

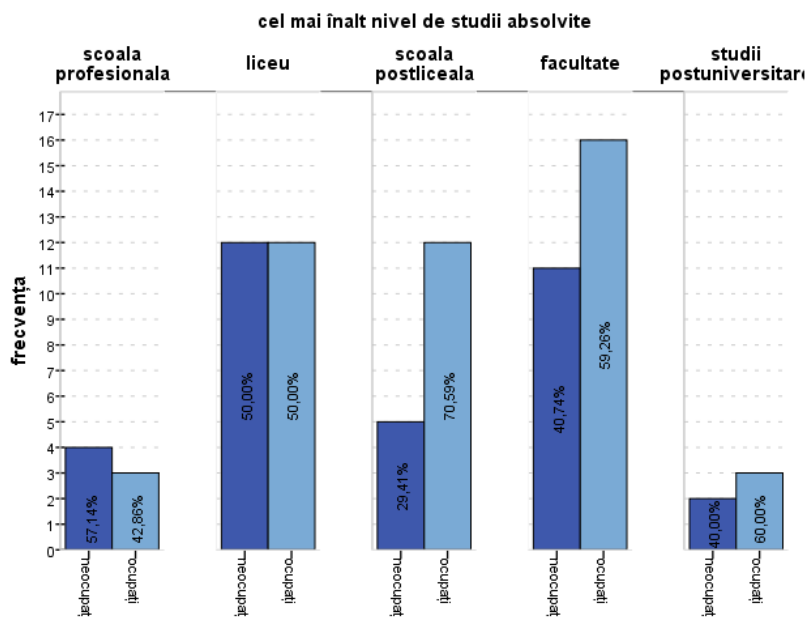
studii, observăm că acestea sunt considerabil mai mici în cazul participanților absolvenți de școală profesională și liceu prin comparație cu ale absolvenților de școală postliceală, facultate și studii postuniversitare (tabelul 6.2).

**Tabelul 5.2. Mediile rangurilor  
orelor petrecute cu muncă plătită în funcție de nivelul de studii**

<b>cel mai înalt nivel de studii absolvite</b>	<b>N</b>	<b>Media rangurilor ore muncă/ săptămână</b>
școală profesională	7	32,57
liceu	24	36,13
școală postliceală	17	44,68
facultate	27	42,39
studii postuniversitare	5	48,20
Total	80	

Diferențele în funcție de nivelul de studii sunt mai evidente dacă ne raportăm la statusul ocupațional. Din graficul 6.3 putem observa că absolvenții de școală profesională și de liceu sunt echilibrat distribuiți în funcție de statusul ocupării, în schimb absolvenții de școală profesională sunt în majoritate ocupați (procentul celor ocupați este de 70,59%), la fel și cei de facultate (însă într-un procent mai mic, de 59,26%) și cu studii postuniversitare (din care 60% sunt ocupați).

Astfel, cu toate că diferențele în ceea ce privește statusul ocupațional sunt nesemnificative statistic în funcție de nivelul de studii, putem spune că rata ocupării este semnificativ mai crescută la absolvenții de școală profesională și studii superioare.



**Graficul 5.3.**  
*Comparație între nivelul de studii al participanților  
în funcție de statusul ocupațional*

### 5.2.4. Diferențe în funcție de nivelul restantului vizual

Acuitatea vizuală a fost identificată în mai multe studii ca având o influență asupra participării persoanelor cu deficiențe de vedere în activități productive. Lamoreaux, Hassel și Keffe (2004a) au evidențiat, printr-un model de regresie liniară, că acuitatea vizuală la distanță și sănătatea fizică și psihologică a explicat 19% din varianță în domeniile timp liber și muncă, și 24% în îngrijirea casei și autoîngrijire. Într-un alt studiu privind impactul retinopatiei diabetice asupra participării, aceiași autori (2004b) au aflat că acuitatea vizuală mai slabă la ochiul cel mai bun a fost asociată cu restricții de participare crescute.

Totuși, rezultatele studiilor anterioare sunt contradictorii în ceea ce privește influența statusului vizual sau a nivelului restantului vizual asupra participării în muncă. Leonard et al (1999) au găsit acest factor ca având un puternic impact asupra veniturilor, în sensul că nevăzătorii aveau mai mari șanse să fie angajați în poziții superioare comparativ cu slab-văzătorii. Pe de altă parte, Darensbourg (2013) a găsit de asemenea gradul deficienței de vedere ca predictor semnificativ al rezultatelor angajării, însă în favoarea celor cu o diminuare mai mică a vederii.

În schimb, într-un studiu asupra determinantilor participării sociale a adulților cu deficiențe de vedere vârstnici Alma, Van der Mei, Groothoff și Suurmeijer (2012) au găsit caracteristicile legate de vedere (vederea auto-apreciată și gradul deficienței vizuale) ca nefiind asociate cu participarea.

În cazul grupului nostru, 60% dintre participanții cu cecitate totală sunt ocupați, 50% dintre cei cu cecitate practică și 61% dintre cei cu vedere slabă, diferențele fiind nesemnificative în ceea ce privește statusul ocupațional în funcție de severitatea deficienței, la fel și în ceea ce privește timpul petrecut cu munca.

### **5.2.5. Aspecte ale funcționării psihologice în funcție de statusul ocupațional**

În funcție de statusul ocupațional există diferențe în ceea ce privește satisfacția cu viața, stima de sine și autoeficacitatea generală, acestea fiind semnificativ mai crescute la participanții ocupați. În schimb, cei neocupați au niveluri semnificativ mai înalte de anxietate și tind să aibă și niveluri mai înalte de depresie și stress (tabelul 5.3).

Așa cum ne așteptam, am identificat diferențe semnificative în ceea ce privește aceste aspecte în funcție de gen. Astfel, dintre participanții ocupați, femeile au niveluri semnificativ mai înalte de anxietate ( $Z=-2.064$ ,  $p<.05$ ), iar în cazul celor neocupați femeile au niveluri semnificativ mai înalte atât de anxietate ( $Z=-2.058$ ,  $p<.05$ ) cât și de depresie ( $Z=-2.354$ ,  $p_{\text{exact}}<.01$ ).

**Tabelul 5.3.**

***Comparații în funcție de statusul ocupării în ceea ce privește satisfacția cu viața, stima de sine, autoeficacitatea, depresia, anxietatea și stresul***

	<b>status ocupational</b>	<b>N</b>	<b>Media rangurilor</b>	<b>Suma rangurilor</b>
scor stimă de sine ( $Z=-1.739$ , $p_{\text{exact}} < .05$ )	neocupați	34	34,85	1185,00
	ocupați	45	43,89	1975,00
scor satisfacție cu viața ( $Z=-1.885$ , $p_{\text{exact}} < .05$ )	neocupați	34	34,41	1170,00
	ocupați	45	44,22	1990,00
scor depresie	neocupați	34	42,46	1443,50
	ocupați	46	39,05	1796,50
scor anxietate ( $Z=-1.744$ , $p_{\text{exact}} < .05$ )	neocupați	34	45,74	1555,00
	ocupați	46	36,63	1685,00
scor stress	neocupați	34	42,16	1433,50
	ocupați	46	39,27	1806,50
scor autoeficacitate generală ( $Z=-2.034$ , $p_{\text{exact}} < .05$ )	neocupați	34	33,97	1155,00
	ocupați	45	44,56	2005,00

În literatura de specialitate a fost dovedit faptul că în comparație cu persoanele angajate în muncă, cei fără loc de muncă tind să experimenteze o prevalență mai mare a tulburărilor depresive și anxioase, să folosească alcool mai frecvent și să înregistreze scoruri mai mici la măsurarea stimei de sine și calității vieții (Dutta, Gervy, Chan, Chou & Ditchman apud Chan, Strauser, Gervy & Lee, 2010)

Honarmand, Akbar, Kou și Feinstein (2011) au arătat că pacienții cu scleroză multiplă neangajați au avut scoruri semnificativ mai scăzute la cele mai multe măsurători ale nivelului cognitiv administrate, iar performanța neuropsihologică a explicat 20% din varianța în statusul angajării. De asemenea, ei au găsit la pacienții neangajați niveluri mai crescute ale depresiei și niveluri mai scăzute de extraversiune și agreabilitate.

### **5.2.6. Alte diferențe în funcție de statusul ocupațional**

Participanții ocupați petrec semnificativ mai puțin timp cu activități de petrecere a timpului liber ( $Z=-2.809$ ,  $p < .01$ ) mai ales cu cititul în afara

studiului obligatoriu ( $Z=-2.765$ ,  $p<.01$ ) și tind să aibă scoruri mai înalte de participare în afara casei ( $Z=-2.695$ ,  $p=.055$ ), mai specific petrec semnificativ mai mult timp în afara casei ( $Z=-2.695$ ,  $p<.05$ ).

Interesant este faptul că participanții la studiu nostru care nu desfășoară muncă plătită petrec considerabil mai puțin timp și cu activități casnice (în cazul celor ocupați mediile rangurilor  $femei=31,47$ ,  $bărbați=17,89$ , iar în cazul celor neocupați  $femei=21,58$ ,  $bărbați=12,33$ ,  $Z=-2.695$ ,  $p<.01$ ), în condițiile în care aceștia se percep semnificativ mai dependenți comparativ cu cei ocupați ( $Z=-2.167$ ,  $p<.05$ ) și mai puțin sănătoși ( $Z=-1.736$ ,  $p_{exact}<.05$ ), au abilități mai scăzute de utilizare a computerului ( $Z=-1.689$ ,  $p_{exact}<.05$ ) și tind să utilizeze mai puține tehnologii asistive ( $Z=-1.736$ ,  $p_{exact}=.054$ ).

Verificând dacă există diferențe semnificative în ceea ce privește domeniile participării în funcție de statusul ocupațional și de gen, aflăm că există diferențe și în ceea ce privește scorul de participare în relații personale între bărbații și femeile ocupate (media rangurilor  $femei=18,82$ ,  $bărbați=26,8$ ,  $Z=-1,986$ ,  $p<.05$ ), dar și în ceea ce privește scorul de participare în activități de petrecere a timpului liber (media rangurilor  $femei=17,32$ ,  $bărbați=27,85$ ,  $Z=-2,630$ ,  $p<.01$ ). Presupunem că aceste diferențe se datorează într-o oarecare măsură faptului că femeile petrec semnificativ mai mult timp cu activitățile casnice și cu îngrijirea copiilor și altor persoane, rămânându-le astfel semnificativ mai puțin timp liber pentru alte activități.

Diferențele sunt nesemnificative statistic între participanții ocupați și cei neocupați în ceea ce privește nivelul de vârstă (Mann-Whitney U,  $Z=-.443$ ,  $p_{exact}=.331$ ), statusul marital (Pearson Chi-Square=-1.104,  $p_{exact}=.782$ ), numărul copiilor (Mann-Whitney U,  $Z=-.462$ ,  $p_{exact}=.322$ ), numărul persoanelor cu care locuiește (Mann-Whitney U,  $Z=-.447$ ,  $p_{exact}=.328$ ) și situația financiară autopercepută (Mann-Whitney U,  $Z=-.754$ ,  $p_{exact}=.227$ ).

Concluziile acestui studiu vor fi prezentate în capitolul final al lucrării.



## CAPITOLUL 6.

### Concluzii

Scopul lucrării de față a fost studiul specificului participării socio-profesionale în contextul deficienței de vedere și analiza unui set de potențiali factori personali ai acesteia, având ca obiective colaterale (tratate extensiv în lucrări viitoare) o încercare de clarificare a semnificației conceptului și de operaționalizare a acestuia, precum și să propunem un instrument pentru măsurarea participării obiective, dezvoltat în concordanță cu propria viziune asupra participării, inspirată din literatura de specialitate actuală.

Vom prezenta în continuare principalele rezultate obținute într-o manieră structurată, urmând indicarea limitelor cercetării și schițarea unor potențiale direcții de studiu a participării și specificului acesteia în contextul deficienței de vedere.

În urma analizei orientărilor existente în conceptualizarea participării am ales să utilizăm o definiție de lucru adaptată, referindu-ne la participare ca fiind *nivelul de implicare în îndeplinirea setului de roluri sociale proprii individului*.

În contextul insuccesului identificării în literatura de specialitate a unui instrument satisfăcător pentru măsurarea participării obiective, am dezvoltat Chestionarul pentru Măsurarea Participării [CMP], care, deși perfectibil și având proprietăți psihometrice incerte, reprezintă o propunere inedită la nivel național de instrument pentru măsurarea participării obiective, cu potențial pentru a fi utilizat și în alte populații.

## 6.1. Relații ale participării cu aspecte ale funcționării psihologice și alte variabile

Un rezultat important al acestei cercetări este confirmarea importanței participării pentru calitatea vieții și în contextul deficienței de vedere, prin asocierea semnificativă și moderată ca intensitate dintre satisfacția cu viața și participarea globală ( $r=415$ ,  $p<.01$ ). Dintre domenii, cea mai puternică asociere cu satisfacția cu viața o are participarea în comunitate ( $r=328$ ,  $p<.01$ ), urmată de cea în activități productive ( $r_s=312$ ,  $p<.01$ ), în relații personale ( $r=304$ ,  $p<.01$ ) și în afara casei ( $r_s=274$ ,  $p<.05$ ), iar indicatorii participativi cei mai reprezentativi pentru această relație sunt frecvența ieșirilor din casă pe săptămână ( $r_s=367$ ,  $p<.01$ ), timpul petrecut în afara casei ( $r_s=368$ ,  $p<.01$ ), frecvența comunicării la distanță cu membrii ai familiei apropiați ( $r_s=307$ ,  $p<.01$ ), timpul petrecut cu munca plătită ( $r_s=264$ ,  $p<.05$ ), dar și frecvența participării la reuniuni restrânse în familie sau cu prieteni ( $r_s=257$ ,  $p<.05$ ).

În plus, nivelul stimei de sine este pozitiv asociat cu scorul global de participare globală ( $r_s=275$ ,  $p<.05$ ), mai ales în relații personale  $r_s=230$ ,  $p<.05$ ) și în comunitate ( $r_s=282$ ,  $p<.05$ ), persoanele care comunică mai des la distanță cu membrii ai familiei, ies mai des la localuri publice, participă mai des la concerte, spectacole sau evenimente sportive ( $r_s=457$ ,  $p<.001$ ) și la petreceri mari sau întruniri cu multe persoane necunoscute tinzând să aibă niveluri semnificativ mai înalte ale stimei de sine. Auto-eficacitatea generală tinde să fie mai crescută la persoanele cu scoruri mai înalte de participare în afara casei și de participare globală ( $r_s=328$ ,  $p<.01$ , respectiv  $r_s=266$ ,  $p<.05$ ), în special la cei care petrec mai mult timp în afara locuinței ( $r_s=256$ ,  $p<.05$ ), fac mai des cumpărături ( $r_s=239$ ,  $p<.05$ ) și participă mai des la petreceri mari și întruniri cu multe persoane necunoscute ( $r_s=312$ ,  $p<.01$ ).

Nivelul depresiei are tendința să scadă pe măsura creșterii participării globale și în relații personale ( $r_s=-264$ ,  $p<.05$ , respectiv  $r_s=-293$ ,  $p<.01$ ), participanții mai depresivi având mai puțini prieteni ( $r_s=-234$ ,

$p < .05$ ), întâlnindu-se și comunicând mai rar la distanță cu aceștia ( $r_s = -237$ ,  $p < .05$ , respectiv  $r_s = -237$ ,  $p < .05$ ) și, interesant, petrecând mai puțin timp cu îngrijirea altor persoane ( $r_s = -221$ ,  $p < .05$ ).

De asemenea, participanții care păstrează legătura cu mai multe persoane exceptând prietenii apropiați și membrii familiei și comunică mai des la distanță cu aceștia au niveluri mai scăzute de anxietate ( $r_s = -291$ ,  $p < .01$ , respectiv  $r_s = -303$ ,  $p < .01$ ), iar cei care petrec mai mult timp cu activități împreună cu partenerul tind să aibă scoruri mai înalte de anxietate ( $r_s = 289$ ,  $p < .01$ ). Scorul de stres tinde să fie mai scăzut la persoanele cu participare mai crescută în relații personale ( $r_s = -259$ ,  $p < .05$ ), care au mai mulți prieteni și care păstrează legătura cu mai multe persoane exceptând prietenii apropiați și familia și se întâlnesc mai frecvent cu acestea (asocieri semnificative ușoare).

În cazul genului masculin, scorul de productivitate și mai ales timpul petrecut cu activități casnice este asociat semnificativ cu independența autopercepută ( $r_s = .329$ ,  $p < .05$ , respectiv  $r_s = .365$ ,  $p < .05$ ), aceasta din urmă putând fi privită atât ca și cauză cât și ca efect în relația cu participarea productivă. Participanții de gen masculin având deficiențe mai grave, asocierea sugerează mai departe importanța nivelului unor abilități de viață independentă în această relație.

Pentru întregul eșantion, timpul petrecut cu munca plătită are o tendință semnificativă ușoară de creștere odată cu nivelul independenței autopercepute ( $r_s = 225$ ,  $p < .05$ ), iar timpul petrecut cu activități casnice o tendință de creștere odată cu indicatori ai nivelului restantului vizual (ex. cu distanța de numărare a degetelor,  $r_s = 309$ ,  $p < .01$ ), ceea ce este firesc ținând cont de dificultățile specifice în realizarea unora dintre aceste activități, pentru care mulți nevăzători preferă ajutorul unui văzător, pe care îl consideră mai eficient.

În ceea ce privește scorul de participare în relații personale, acesta prezintă o tendință de scădere semnificativă pe măsura creșterii numărului anilor de studiu într-o școală specializată ( $r_s = -300$ ,  $p < .01$ ), la fel și numărul prietenilor apropiați ( $r_s = -284$ ,  $p < .01$ ). Numărul persoanelor din rețeaua socială tinde să crească ușor pe măsura creșterii vârstei instalării deficienței ( $r_s = 232$ ,  $p < .05$ ), la fel și frecvența întâlnirilor cu membrii ai familiei

aproțiați ( $r_s=233$ ,  $p<.05$ ), ceea ce ar putea sugera o mai mare deschidere spre diversificarea relațiilor la cei cu deficiențe dobândite mai târziu în viață.

Persoanele cu resturi de vedere mai scăzute au o ușoară tendință de a comunica mai des la distanță cu prieteni, dar în același timp tind și să iasă mai rar din casă, ceea ce poate fi explicat într-o oarecare măsură prin prisma independenței mai reduse în afara casei a multora dintre aceștia, în special a celor cu cecitate totală. Totuși, am întâlnit câteva cazuri cu cecitate totală pe parcursul interviurilor care se deplasează independent utilizând bastonul, iar prezența acestor cazuri scad intensitatea asocierii. Pe de altă parte, mulți dintre participanții cu cecitate totală sau practică au insistent asupra dependenței lor de altă persoană pentru a ieși din casă, indiferent de scop, ceea ce le impune limitări de participare.

În ceea ce privește participarea în comunitate, frecvența participării la întruniri într-un club sau organizație tinde să fie mai crescută la persoanele cu deficiența dobândită mai târziu în viață ( $r_s=296$ ,  $p<.01$ ), iar frecvența participării la concerte, spectacole sau evenimente sportive tinde să crească odată cu independența autopercepută ( $r_s=369$ ,  $p<.01$ ) și cu nivelul la care participanții pot să utilizeze sistemul Braille (cu deficiențe mai grave de altfel,  $r_s=261$ ,  $p<.05$ ). Frecvența ieșirilor la localuri publice tinde să fie ușor mai scăzută la persoanele cu resturi mai mici de vedere și totuși ușor mai crescută la utilizatorii mai avansați ai sistemului Braille.

Implicarea în activități (preponderent solitare) de petrecere a timpului liber tinde să crească pe măsura scăderii indicatorilor nivelului restantului vizual și a independenței autopercepute (relații cu  $r_s$  între  $-368$  și  $-405$ ,  $p<.001$ ). Mai ales timpul petrecut citind tinde să crească pe măsura scăderii nivelului restantului vizual (distanța recunoașterii unei persoane,  $r_s=-425$ ,  $p<.001$ , a numărării degetelor,  $r_s=-389$ ,  $p<.001$  și nivelul la care își poate utiliza vederea în viața de zi cu zi,  $r_s=-342$ ,  $p<.01$ ) și implicit pe măsura creșterii nivelului de utilizare a sistemului Braille ( $r_s=309$ ,  $p<.01$ ). Timpul petrecut la computer tinde să fie mai crescut în special la utilizatorii mai avansați a sistemului Braille ( $r_s=436$ ,  $p<.001$ ) și la cei care au studiat mai mulți ani într-o școală specializată ( $r_s=319$ ,  $p<.001$ ), iar la telefon petrec

mai mult timp persoanele cu o independență autopercepută mai scăzută ( $r_s = -0.316$ ,  $p < .01$ ).

Într-o altă ordine de idei, situația financiară autopercepută este ușor mai crescută la persoanele care muncesc mai mult, au mai multe întâlniri cu membrii ai familiei, comunică mai des cu aceștia la distanță și petrec mai mult timp în afara locuinței.

Cei care se percep mai sănătoși comunică mai des la distanță cu membrii ai familiei, tind să iasă mai des la localuri publice și să participe mai des la concerte, spectacole sau evenimente sportive.

Persoanele cu abilități mai înalte de utilizare a computerului (auto-apreciate) participă mai des la petreceri mari și întruniri cu multe persoane necunoscute ( $r_s = 0.324$ ,  $p < .05$ ), muncesc mai mult ( $r_s = 0.233$ ,  $p < .05$ ), se plimbă mai mult ( $r_s = 0.308$ ,  $p < .01$ ), ies mai des la localuri publice ( $r_s = 0.355$ ,  $p < .01$ ) și participă mai des la concerte, spectacole sau evenimente sportive ( $r_s = 0.322$ ,  $p < .01$ ). Nivelul suportului social perceput este ușor mai scăzut la persoanele cu scoruri de productivitate mai înalte și la cele cu scoruri mai scăzute de implicare în activități de petrecere a timpului liber și mai înalt la participanții care comunică mai des la distanță cu membrii ai familiei apropiați ( $r_s = -0.322$ ,  $p < .01$ ) și la cei care fac mai mult sport.

Nivelul de mulțumire al participanților cu implicarea lor în activități sociale este moderat mai crescut la cei cu scoruri mai înalte de participare globală ( $r_s = 0.337$ ,  $p < .01$ ), mai ales la cei cu scoruri mai înalte de participare în comunitate ( $r_s = 0.357$ ,  $p < .01$ ) și în relații personale ( $r_s = 0.245$ ,  $p < .05$ ).

## **6.2. Aspecte specifice ale participării în contextul deficienței de vedere în funcție de domeniile și dimensiunile acesteia**

Conform statisticilor oficiale, rata participării în muncă a persoanelor cu deficiențe de vedere este printre cele mai mici comparativ cu alte grupuri de persoane cu dizabilități din România, în jurul valorii de 3% (în 2009 era sub 3% conform statisticilor oficiale ale ANPH, apud MMFPS, 2009). Mai puțin cunoscut este însă timpul petrecut cu munca plătită de către

persoanele cu deficiențe de vedere ocupate, iar datele raportate la eșantionul nostru sugerează că acesta este foarte similar cu al populației generale (noi am obținut mai mult cu o oră pe săptămână, prin comparație cu rezultatele relevante extrase din Ancheta INS privind utilizarea timpului în România [TUS] publicată în 2013).

Dacă rata participării în activități casnice și de îngrijire a copiilor este foarte similară cu a populației generale, putem spune că timpul petrecut cu astfel de activități este considerabil mai redus în eșantionul nostru, estimarea depășind o diminuare cu 50%. O parte din aceste diferențe se pot datora și subraportării în eșantionul nostru, mai probabilă comparativ cu supraportarea în cazul TUS (INS, 2013) cu ale cărei rezultate am comparat datele, întrucât noi am solicitat o estimare medie a timpului petrecut cu astfel de activități din partea participanților iar în TUS s-a utilizat o metodă considerabil mai precisă prin completarea unor jurnale zilnice. Oricum rămâne o diferență semnificativă, iar acest lucru face trimitere la dificultățile întâmpinate în aceste tipuri de activități mai ales de către nevăzători (depășite în mod incredibil de către unii dintre ei), cu preferința de a le ceda în parte altor membrii ai familiei sau unor persoane plătite în acest scop.

La fel ca și în populația generală, există mici diferențe în funcție de gen în ce privește rata participării în activități casnice și îngrijirea copiilor și altor persoane și diferențe foarte mari între genuri în ce privește timpul petrecut cu astfel de activități ( $Z = -4.309$ ,  $p < .001$ , respectiv  $Z = -2.112$ ,  $p < .05$ ), femeile petrecând mai mult decât dublul timpului petrecut de bărbați cu astfel de activități atât în populația generală (media în cazul bărbaților fiind de 15 ore pe săptămână, iar a femeilor de 35 de ore conform INS, 2013, p. 98) cât și în grupul nostru (mediana în cazul bărbaților fiind de 8 ore pe săptămână, iar a femeilor de 16.5 ore).

Participarea în relații personale este semnificativ diferită în funcție de gen doar în ceea ce privește frecvența întâlnirilor cu prieteni, în favoarea bărbaților (utilizând teste exacte) și diferă în funcție de nivelul de vârstă în ceea ce privește frecvența întâlnirilor cu membri ai familiei ( $\chi^2 = 9.914$  (4),  $p < .05$ ) și cu alte persoane cu care păstrează legătura ( $\chi^2 = 10.661$  (4),  $p < .05$ ), tinerii de 21-30 de ani tinzând să

aibă mai multe întâlniri cu membri ai familiei decât cei între 31-40 de ani, după această vârstă înregistrându-se o creștere progresivă considerabilă, în timp ce frecvența întâlnirilor cu alte persoane diferă invers sub 40 de ani, scăzând între 41-50 de ani și crescând din nou între 51-62 de ani. Este posibil ca această creștere după 50 de ani să se datoreze creșterii fondului de timp liber, când activitățile legate de copii sunt semnificativ reduse sau poate fi determinată de creșterea deschiderii spre diversificarea relațiilor sociale. Nu putem ignora nici posibilitatea să existe diferențe în acest sens între generații, însă explicarea acestora depășește obiectivele acestui studiu.

Diferențe semnificative au fost identificate și în funcție de statusul marital, persoanele căsătorite având semnificativ mai multe persoane în rețeaua socială ( $\chi^2=8.095$  (2),  $p<.05$ ), comunicând mai des la distanță cu alte persoane exceptând prietenii și membrii familiei apropiați ( $\chi^2=8.690$  (2),  $p<.05$ ) și, desigur, petrecând mai mult timp cu activități împreună cu partenerul ( $\chi^2=15.523$  (2),  $p<.01$ ). Exceptând frecvența convorbirilor la distanță cu alte persoane (mai mare în cazul celor divorțați), în toate dimensiunile participării în relații personale cei căsătoriți au cele mai mari medii ale rangurilor iar cei necăsătoriți cele mai mici, exceptând participarea la reuniuni restrânse.

Participarea în comunitate și în dimensiunile acesteia este mai crescută în cazul bărbaților din eșantionul nostru (prin comparația mediei rangurilor, chiar dacă doar în cazul unor dimensiuni diferențele sunt semnificative), cu excepția participării la servicii religioase și spirituale, mai frecventă la femei.

Scorul de participare în comunitate diferă semnificativ în funcție de nivelul de studii, acesta tinzând să fie mai ridicat pe măsura creșterii nivelului de studii ( $\chi^2=9.921$  (4),  $p<.05$ ). Mai specific, în aceeași direcție diferă participarea la întruniri cu multe persoane necunoscute ( $\chi^2=12.969$  (4),  $p<.05$ ), frecvența ieșirilor la localuri publice ( $\chi^2=13.811$  (4),  $p<.01$ ) și frecvența participării la concerte, spectacole și evenimente sportive ( $\chi^2=17.685$  (4),  $p<.01$ ).

Per ansamblu, chiar dacă unele diferențe sunt nesemnificative statistic (considerabile însă prin comparația mediei rangurilor), participanții

căsătoriți tind să aibă scoruri mai înalte de participare în comunitate, iar cei divorțați mai scăzute. Participanții fără copii ies semnificativ mai des la localuri publice și participă mai frecvent la petreceri, spectacole sau evenimente sportive.

În ceea ce privește participarea în afara casei, persoanele cu deficiențe de vedere participante la studiul nostru petrec semnificativ mai puțin timp în afara propriei locuințe comparativ cu populația generală, estimarea noastră apropiindu-se de o diminuare cu 40%. Totuși, parte din aceste diferențe se pot datora și subraportării în eșantionul nostru, mai probabilă comparativ cu supraportarea în cazul anchetei privind utilizarea timpului în România [TUS] (INS, 2013) cu ale cărei rezultate am comparat datele, întrucât noi am solicitat o estimare medie a participanților iar ancheta o metodă mai precisă prin completarea unor jurnale zilnice.

Cu toate acestea, rămân diferențe considerabile, care ar putea fi explicate prin prisma provocărilor crescute de orientare în spațiul larg în cazul participanților fără resturi de vedere utile și a dependenței majorității acestora de o altă persoană pentru deplasare, în plus față de preferințele am putea spune oarecum adaptative de petrecere a timpului liber. Acest lucru este cu atât mai plauzibil cu cât persoanele cu cecitate totală ies cel mai rar din casă, iar diferențele sunt semnificative între acestea și cele cu cecitate practică, respectiv cu vedere slabă.

Există diferențe semnificative în funcție de nivelul de studii în ceea ce privește participarea în afara casei, scorul total ( $\chi^2=11.216$  (4),  $p<.05$ ) și timpul petrecut călătorind cu mijloace de transport ( $\chi^2=12.125$  (4),  $p<.05$ ) crescând pe măsura creșterii nivelului de studii. Diferențe semnificative am identificat și în funcție de vârstă, în ceea ce privește scorul total ( $\chi^2=7.947$  (3),  $p<.05$ ) și frecvența ieșirilor din casă pe săptămână ( $\chi^2=8.406$  (3),  $p<.05$ ), ambele mai scăzute în intervalul de vârstă 41-50 de ani și mai crescute în celelalte, în special la 51-62 de ani

În ce privește activitățile de petrecere a timpului liber, scorul total diferă semnificativ în funcție de nivelul restantului vizual (scăzând pe măsura creșterii nivelului restantului vizual,  $\chi^2=11.642$  (2),  $p<.01$ ), dar și timpul petrecut la computer (cel mai ridicat la cei cu cecitate totală,



urmați de cei cu vedere slabă, chi-square = 8,711 (2),  $p < .05$ ), timpul petrecut citind (scăzând pe măsura creșterii nivelului restantului vizual, chi-square = 13,177 (2),  $p < .01$ ), timpul petrecut ascultând radio (mai crescut la cei cu cecitate practică, urmați de cei cu cecitate totală, chi-square = 7,904 (2),  $p < .05$ ) și frecvența activităților sportive (scăzând pe măsura creșterii nivelului restantului vizual, chi-square = 6,805 (2),  $p < .05$ ).

Timpul petrecut citind este semnificativ mai crescut în cazul bărbaților ( $Z = -1.994$ ,  $p < .05$ , mediana bărbați = 7.5, mediana femei = 5 ore pe săptămână), la fel și timpul petrecut la computer ( $Z = -2.727$ ,  $p < .01$ , mediana bărbați = 10, mediana femei = 2,5 ore pe săptămână, ceea ce se întâmplă și în populația generală conform anchetei INS (2013). Din comparația mediei rangurilor am observat că bărbații au și scoruri mai înalte de implicare în activități de petrecere a timpului liber, ascultă radio mai mult și să fac sport mai frecvent, în timp ce femeile petrec mai mult timp la TV și la telefon.

Dintre persoanele cu deficiențe de vedere din eșantionul nostru, 90% petrec cel puțin o oră pe săptămână citind comparativ cu numai 26.45% din populația generală (rata participării în activitate conform INS, 2013, p. 185). Chiar dacă am compara procentul doar cu al celor cu studii superioare din populația generală (de 38%, cel mai mare în funcție de nivelul de studii), tot ar fi mai mult decât dublu în eșantionul nostru. Mai mult decât atât, dacă media timpului petrecut citind în populația generală este de o oră și 17 min. pe săptămână (ibidem, p. 113), în eșantionul nostru mediana este de 7 ore pe săptămână, ceea ce ne determină să considerăm timpul petrecut citind de către participanții cu deficiențe de vedere ca fiind considerabil mai crescut. Acest lucru este determinat și de creșterea necesarului de timp pentru citirea acelorași conținuturi în condițiile vederii slabe, respectiv cecității, prin citirea audio.

Situația este similară și în ceea ce privește utilizarea computerului, caz în care în eșantionul nostru rata este de 82.5%, iar în populația generală de numai 14.5% (INS, 2013, p. 183). Chiar dacă facem comparația cu grupul studenților din populația generală din grupa de vârstă 25-44 de ani (cu cea mai mare rată de utilizare a computerului, de 68,4% conform aceleiași surse), se păstrează o diferență considerabilă, de 14%, în favoarea grupului nostru. Timpul petrecut la computer diferă în aceeași măsură ca

și cel petrecut citind, iar acest lucru poate fi determinat de faptul că mulți dintre participanții la studiul nostru citesc la computer, audio sau clasic.

Timpul petrecut la computer pentru divertisment sau relaxare este semnificativ mai crescut între 21-40 de ani comparativ cu intervalul de vârstă 41-62 de ani și la persoanele necăsătorite, la cele căsătorite fiind cel mai redus.

Și în ceea ce privește rata populației care ascultă radio diferențele sunt foarte mari, în populația generată aceasta fiind de 7,25 (INS, 2013, p.186), iar în eșantionul nostru de 78,7%. Timpul petrecut ascultând radio este în medie de mai puțin de 20 de minute pe săptămână în populația generală (ibidem, p. 114), în timp ce în grupul persoanelor cu deficiențe de vedere mediana este de 5 ore pe săptămână. În schimb, peste 96% dintre români petrec timp la TV (INS, 2013, p. 185), iar în grupul nostru doar 72,5%. În medie, românii petrec 16 ore și 35 de minute pe săptămână la TV (ibidem, p. 114), iar în cazul grupului nostru mediana este 5. Acest lucru era de așteptat, întrucât această activitate este mai relevantă și mai bogată privind și ascultând decât doar ascultând (ceea ce este cazul a cel puțin jumătate din participanți), activitatea putând fi demotivantă mai ales în cazul participanților nevăzători. Cu toate că diferențele sunt nesemnificative statistic, femeile și persoanele divorțate tind să petreacă mai mult timp la TV.

Pe de altă parte, persoanele cu deficiențe de vedere participante la studiu nostru petrec aproape de 4 ori mai mult timp la telefon comparativ cu populația generală, deducție făcută în urma estimării traficului mediu lunar realizat de utilizatorii de servicii de telefonie fixă și de telefonie mobilă (însulate) din România în 2014<sup>20</sup>. Cu toate că diferențele sunt nesemnificative statistic, femeile tind să petreacă mai mult timp la telefon, iar persoanele căsătorite mai puțin.

---

<sup>20</sup> Conform datelor extrase din raportul de date statistice publicat de Autoritatea Națională pentru Administrare și Reglementare în Comunicații [ANCOM] pentru anul 2014.

### 6.3. Participarea profesională în contextul deficienței de vedere

Participarea în muncă a participanților la această cercetare este similară în cazul femeilor și bărbaților din punct de vedere al timpului petrecut cu munca, cu o diferență de 14% în ceea ce privește rata participării în muncă în favoarea bărbaților. Acest lucru se întâmplă și în populația generală a României, bărbații cu vârsta cuprinsă între 25-64 de ani având o rată a ocupării cu 19,9% mai bună decât a femeilor (INS, 2013, p. 169), diferențe între genuri fiind identificate și în studii la nivel internațional pe grupuri cu alte tipuri de dizabilități.

Bărbații ocupați își apreciază situația financiară ca fiind semnificativ mai bună comparativ cu femeile, la fel și abilitățile de utilizare a sistemului Braille și a computerului, deși au niveluri mai scăzute ale restantului vizual. În ceea ce privește utilizarea computerului diferențe între genuri au fost evidențiate și în populația generală, iar în ce privește utilizarea sistemului Braille la nivel mai înalt de către bărbați, aceasta s-ar putea datora tocmai faptului că au deficiențe mai grave.

În cazul participanților la studiul nostru diferențele în ceea ce privește numărul de ore muncite în funcție de nivelul de studii sunt nesemnificative conform testului Kruskal Wallis ( $P_{\text{Monte Carlo}}=534$ ). Dacă însă analizăm mediile rangurilor numărului de ore în funcție de nivelul de studii, observăm că acestea sunt considerabil mai mici în cazul participanților absolvenți de școală profesională și liceu prin comparație cu ale absolvenților de școală postliceală, facultate și studii postuniversitare. Dacă ne raportăm la statusul ocupațional, putem observa că absolvenții de școală profesională și de liceu sunt echilibrat distribuiți în funcție de statusul ocupării, în schimb absolvenții de școală profesională sunt în majoritate ocupați (procentul celor ocupați este de 70,59%), la fel și cei de facultate (însă într-un procent mai mic, de 59,26%) și cu studii postuniversitare (din care 60% sunt ocupați).

Astfel, cu toate că diferențele în ceea ce privește statusul ocupațional sunt nesemnificative statistic în funcție de nivelul de studii, putem spune că rata ocupării este semnificativ mai crescută la absolvenții de școală profesională și studii superioare.

În cazul grupului nostru, 60% dintre participanții cu cecitate totală sunt ocupați, 50% dintre cei cu cecitate practică și 61% dintre cei cu vedere slabă, diferențele fiind nesemnificative în ceea ce privește statusul ocupațional în funcție de severitatea deficienței, la fel și în ceea ce privește timpul petrecut cu munca. Rezultatele studiilor anterioare sunt contradictorii în ceea ce privește influența statusului vizual sau a nivelului restantului vizual asupra participării în muncă. Leonard et al (1999) au găsit acest factor ca având un puternic impact asupra veniturilor, în sensul că nevăzătorii aveau mai mari șanse să fie angajați în poziții superioare comparativ cu slab-văzătorii. Pe de altă parte, Darensbourg (2013) a găsit de asemenea gradul deficienței de vedere ca predictor semnificativ al rezultatelor angajării, însă în favoarea celor cu o diminuare mai mică a vederii.

În funcție de statusul ocupațional există diferențe în ceea ce privește satisfacția cu viața ( $Z=-1.885$ ,  $p_{\text{exact}}<.05$ ), stima de sine ( $Z=-1.739$ ,  $p_{\text{exact}}<.05$ ) și autoeficacitatea generală ( $Z=-2.034$ ,  $p_{\text{exact}}<.05$ ), acestea fiind semnificativ mai crescute la participanții ocupați. În schimb, cei neocupați au niveluri semnificativ mai înalte de anxietate ( $Z=-1.744$ ,  $p_{\text{exact}}<.05$ ).

Așa cum ne așteptam, am identificat diferențe în ceea ce privește aceste aspecte în funcție de gen. Astfel, dintre participanții ocupați, femeile au niveluri semnificativ mai înalte de anxietate ( $Z=-2.064$ ,  $p<.05$ ), iar în cazul celor neocupați femeile au niveluri semnificativ mai înalte atât de anxietate ( $Z=-2.058$ ,  $p<.05$ ) cât și de depresie ( $Z=-2.354$ ,  $p_{\text{exact}}<.01$ ).

În literatura de specialitate a fost dovedit faptul că – în comparație cu persoanele angajate în muncă –, cei fără loc de muncă tind să experimenteze o prevalență mai mare a tulburărilor depresive și anxioase, să folosească alcool mai frecvent și să înregistreze scoruri mai mici la măsurarea stimei de sine și calității vieții (Dutta, Gervey, Chan, Chou & Ditchman apud Chan, Strauser, Gervey & Lee, 2010).

Pe de altă parte, participanții ocupați petrec semnificativ mai puțin timp cu activități preponderent solitare de petrecere a timpului liber, mai ales

cu cititul în afara studiului obligatoriu ( $Z=-2.765$ ,  $p<.01$ ) și tind să aibă scoruri mai înalte de participare în afara casei ( $Z=-2.695$ ,  $p=.055$ ).

Interesant este faptul că participanții la studiu nostru care nu desfășoară muncă plătită petrec considerabil mai puțin timp și cu activități casnice (în cazul celor ocupați mediile rangurilor  $femei=31,47$ ,  $bărbați=17,89$ , iar în cazul celor neocupați  $femei=21,58$ ,  $bărbați=12,33$ ,  $Z=-2.695$ ,  $p<.01$ ), în condițiile în care aceștia se percep semnificativ mai dependenți comparativ cu cei ocupați ( $Z=-2.167$ ,  $p<.05$ ) și mai puțin sănătoși ( $Z=-1.736$ ,  $p_{exact}<.05$ ), au abilități mai scăzute de utilizare a computerului ( $Z=-1.689$ ,  $p_{exact}<.05$ ) și tind să utilizeze mai puține tehnologii asistive ( $Z=-1.736$ ,  $p_{exact}=.054$ ).

Verificând dacă există diferențe semnificative în ceea ce privește domeniile participării în funcție de statusul ocupațional și de gen, aflăm că există diferențe și în ceea ce privește scorul de participare în relații personale între bărbații și femeile ocupate (media rangurilor  $femei=18,82$ ,  $bărbați=26,8$ ,  $Z=-1,986$ ,  $p<.05$ ), dar și în ceea ce privește scorul de participare în activități de petrecere a timpului liber (media rangurilor  $femei=17,32$ ,  $bărbați=27,85$ ,  $Z=-2,630$ ,  $p<.01$ ). Presupunem că aceste diferențe se datorează într-o oarecare măsură faptului că femeile petrec semnificativ mai mult timp cu activitățile casnice și cu îngrijirea copiilor și altor persoane, rămânându-le astfel semnificativ mai puțin timp liber pentru alte activități.

#### 6.4. Limitele ale cercetării și direcții potențiale de studiu

Principalele limite ale cercetării propuse fac referire la numărul mic de participanți și la metoda de eșantionare neprobabilistică aleasă, deși adaptativ – am putea spune – ținând cont de faptul că ne raportăm la o populație specială foarte heterogenă din punct de vedere al experienței vizuale și al nivelului restantului vizual util. Heterogenitatea crescută se datorează diversității afecțiunilor vizuale prezente adesea în combinații – ceea ce implică afectări variabile ale indicatorilor funcționali ai vederii, dar și vârstei instalării deficienței vizuale – cu repercursiuni importante asupra nivelului și fidelității reprezentărilor vizuale. În ceea ce privește numărul mic al participanților, acesta impune anumite limite în ceea ce

privește posibilitățile de analiză a datelor, însă am preferat asumarea acestora în favoarea colectării unor date de calitate, cu asigurarea corectitudinii lor în cât mai mare măsură.

Cu toate că cea mai bună modalitate de colectare a datelor în cercetări similare considerăm că o reprezintă, din mai multe puncte de vedere, interviul (telefonic sau față-în față), permițând un control semnificativ mai bun al calității datelor, aceasta este o opțiune costisitoare, presupunând riscuri mai mari de a obține răspunsuri dezirabile, chiar și în condițiile participării anonime.

În cazul cercetării de față, în plus față de dificultățile considerabile de eșantionare, programarea și de cele mai multe ori reprogramarea interviurilor s-a dovedit a fi o adevărată provocare până la derularea efectivă a acestora, presupunând un consum de timp semnificativ mai crescut comparativ cu așteptările. În privința metodei de eșantionare, considerăm că varianta aleasă (de tip bulgăre de zăpadă) este printre cele mai eficiente dintre metodele neprobabilistice, cu toate că am propune îmbunătățirea acesteia pe viitor, eventual prin selecția participanților care să recomande alți participanți în funcție de caracteristici socio-demografice de interes, în diferite etape ale eșantionării. Un alt avantaj al metodei observat pe parcurs este o mai mare deschidere și responsabilizare a participanților datorită recomandării de către un cunoscut, cu efect direct asupra ratei scăzute a refuzurilor de participare.

Alternativa colectării datelor online în cazurile în care obiectivele cercetării permit acest lucru este promițătoare chiar și în populația cu deficiențe de vedere, dar cu condiția unui set considerabil mai redus de date. În cazul cercetării noastre majoritatea protocoalelor au fost incomplete, presupunând ulterior contactarea adesea repetată și prin medii multiple a participanților care au furnizat date de contact și derularea unor interviuri cu aceștia pentru colectarea datelor lipsă. În plus, am considerat necesară și am făcut verificarea tuturor protocoalelor pentru care acest lucru a fost posibil, ținând cont că mulți dintre participanți au completat formularele online, utilizând o voce sintetică și mai ales pentru că am solicitat date participative estimative medii și am dorit confirmarea interpretării corecte a solicitărilor (în caz contrar reculegerea datelor). Presupunem că asumarea

responsabilității prin solicitarea numelui participanților în studiile online ar asigura o mai mare rată a protocoalelor valide, însă acest lucru ar putea afecta deschiderea participanților în a oferi răspunsuri oneste. O soluție ar putea fi reprezentată de utilizarea unei scale pentru identificarea tendinței de a oferi răspunsuri dezirabile și invalidarea protocoalelor cu scoruri mari. Oricum, considerăm utilă o astfel de scală în toate studiile în care se utilizează date autoraportate.

Pe de altă parte, pentru măsurarea participării utilizăm un instrument de concepție proprie, ale cărui proprietăți psihometrice sunt incerte ținând cont de numărul mic de participanți și pe îl considerăm perfectibil. Cu toate acestea, într-un studiu nepublicat în această lucrare, CMP s-a dovedit că dispune de proprietăți psihometrice adecvate pentru a fi utilizat cel puțin în scop de cercetare, fiind necesare analize suplimentare utilizând eșantioane mai largi pentru utilizarea sa în alte scopuri. În plus, considerăm necesar și studiul unor modalități alternative de scorare, fundamentate pe ideea echilibrului participării între domenii, care ar putea fi mai relevant pentru calitatea vieții decât scorul mediu de participare globală.

De asemenea, studiul specificului participării într-o populație specială ar fi mai corect de făcut prin comparație cu date normative din populația generală. Ținând cont că acestea nu există, o propunere de cercetare inedită ar fi legată tocmai de acest aspect. Ideea existenței unor norme participative a fost contestată anterior în literatura de specialitate, însă pe de altă parte a fost evidențiată importanța participării pentru starea de bine și considerăm posibilă aproximarea unor date normative tocmai prin intermediul asocierii anumitor nivele de participare în diferite domenii cu aspecte reprezentative ale stării de bine în eșantioane largi din populația generală.

În ceea ce privește importanța participării, o direcție de studiu ar putea fi legată de cercetarea unor relații cauzale ale acestora cu aspecte ale funcționării psihologice. În acest sens, presupunem că intervenții axate pe reducerea simptomatologiei depresive și anxietății, îmbunătățirea stimei de sine și autoeficacității, acceptarea dizabilității, dar și dezvoltarea unor aptitudini sociale deficitare (ex. asertivitate, amabilitate, flexibilitate, responsabilitate, persuasiune, perseverență, auto-control, încredere socială ș.a.) ar determina creșterea semnificativă a nivelului și satisfacției cu

participarea, implicit a calității vieții. Totuși, anterior ar putea fi studiați factorii psihologici care se diferențiază cu valoare de predictor ai participării globale și domeniilor acesteia.

În condițiile deficienței de vedere (și nu numai) presupunem că variația participării globale și pe dimensiuni ar putea fi explicată în mare măsură de nivelul dezvoltării unor abilități de viață independentă și de aspecte ale funcționării psihologice, iar intervenții axate pe aspectele deficitare corectabile ar conduce la ameliorarea unor aspecte participative importante.

În plus, întrucât gama ocupațiilor profesionale accesibile mai ales nevăzătorilor este percepută ca fiind foarte restrânsă, considerăm că ar fi de mare utilitate inventarierea tuturor ocupațiilor adaptabile, cu scopul lărgirii orizonturilor profesionale ale tinerilor nevăzători, concomitent cu îmbunătățirea accesului și eficienței serviciilor de orientare școlară și profesională specializate.



## BIBLIOGRAFIE

- Achterberg, T. J., Wind, H., De Boer, A. G. E. M. & Frings-Dresen, M. H. W. (2009). Factors that Promote or Hinder Young Disabled People in Work Participation: A Systematic Review. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, Volume 19, Number 2, 129-141, DOI: 10.1007/s10926-009-9169-0
- Albrecht, G. L. (Ed.). (2006). *Encyclopedia of disability. (Vols. 1-5)*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. DOI: 10.4135/9781412950510
- Alma, M. A., Van der Mei, S. F., Groothoff, J. W., & Suurmeijer, T. (2012). Determinants of social participation of visually impaired older adults. *Qual Life Res*, 21(1), 87-97, DOI: 10.1007/s11136-011-9931-6
- Băban, A., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1996). *Roumanian Version of the General Self-Efficacy Scale*. preluat de pe <http://userpage.fu-berlin.de>, la 05.02.2014
- Bell, E.C. & Mino, N.M. (2013). Blind and Visually Impaired Adult Rehabilitation and Employment Survey: Final Results. *Journal of Blindness Innovation & Research* 3(1). DOI: 10.5241/1-35. preluat de pe <http://www.nfb-jbir.org>, la 13.02.2010
- Bogner, J. A., Whiteneck, G. G., Corrigan, J. D., Lai, J. S., Dijkers, M. P., & Heinemann, A. W. (2011). Comparison of scoring methods for the Participation Assessment with Recombined Tools–Objective. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 92(4), 552-563
- Bogner, J., Bellon, K., Kolakowsky-Hayner, S. A., & Whiteneck, G. (2013). Participation assessment with recombined tools-objective (PART-O). *The Journal of head trauma rehabilitation*, 28(4), 337-339
- Bookwala, J., & Lawson, B. (2011). Poor vision, functioning, and depressive symptoms: a test of the activity restriction model. *The Gerontologist*, 51(6), 798-808
- Capella-McDonnall, M. (2005). Predictors of competitive employment for blind and visually impaired consumers of vocational rehabilitation services. *Journal of Visual Impairment & Blindness (JVIB)*, 99(05), 303-316
- Chan, F., Strauser, D., Gervery, R., & Lee, E. J. (2010). Introduction to demand-side factors related to employment of people with disabilities. *J Occup Rehabil*, 20(4), 407-411. DOI: 10.1007/s10926-010-9243-7

- Chelemen, I. & Onicaș, R. (2010). Deficiența vizuală. în Chelemen, I. (coord.), Peter, K., Boros, D., Perte, A., Onicaș, R. Elemente de psihopedagogie specială, 178-235. Oradea: Editura Universității din Oradea
- Desrosiers, J., Wanet-Defalque, M. C., Témisjjan, K., Gresset, J., Dubois, M. F., Renaud, J., ... & Overbury, O. (2009). Participation in daily activities and social roles of older adults with visual impairment. *Disability & Rehabilitation*, 31(15), 1227-1234
- Di Cagno, A., Iuliano, E., Aquino, G., Fiorilli, G., Battaglia, C., Giombini, A. & Calcagno, G. (2013). Psychological well-being and social participation assessment in visually impaired subjects playing Torball: A controlled study. *Research in developmental disabilities*, 34. preluat de pe <http://www.biomedsearch.com/nih/Psychological-well-being-social-participation/23396197.html>, la 10.08.2013
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75
- Dijkers, M. P. (2010). Issues in the conceptualization and measurement of participation: an overview. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9), S5-S16
- Fougeyrollas, P. & Robin, J. P. (2013). The Interactive Person-Environment Disability Prevention Process. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*. Nr II/2013 (7), 51-63
- Fougeyrollas, P. (2010). Social Participation. In: JH. Stone & M. Blouin (editors). *International Encyclopedia of Rehabilitation*. pre-luat de pe <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/335/>, la 12.12.2013
- Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A., Whiteneck, G., Bogner, J., & Rodriguez, E. (2008). What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disability & Rehabilitation*, 30(19), 1445-1460
- Hatos, A. (2007). Participare și dezvoltare socială [Participation and Social Development], in Zamfir C., Stănescu S. (coord.). *Enciclopedia dezvoltării sociale*. Iași: Editura Polirom
- Heinemann, A. W., Tulskey, D., Dijkers, M., Brown, M., Magasi, S., Gordon, W., & DeMark, H. (2010). Issues in participation measurement in research and clinical applications. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(9), S72-S76
- Honarmand, K., Akbar, N., Kou, N., & Feinstein, A. (2011). Predicting employment status in multiple sclerosis patients: the utility of the MS functional composite. *J Neurol*, 258(2), 244-249. DOI: 10.1007/s00415-010-5736-8

- Institutul Național de Statistică [INS] (2013). *Utilizarea timpului în România*. Preluat de pe [http://media.hotnews.ro/media\\_server1/document-2013-12-23-16267712-0-utilizarea-timpului-romania-2013.pdf](http://media.hotnews.ro/media_server1/document-2013-12-23-16267712-0-utilizarea-timpului-romania-2013.pdf), la 03.05.2015
- Lamoureux, E. L., Hassell, J. B. & Keeffe, J. E. (2004a). The determinants of participation in activities of daily living in people with impaired vision. *American journal of ophthalmology*, 137(2), 265-270
- Lamoureux, E. L., Hassell, J. B., & Keeffe, J. E. (2004b). The Impact of Diabetic Retinopathy on Participation in Daily Living. *Archives of Ophthalmology*, 122(1), 84-88. DOI: 10.1001/archophth.122.1.84
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life, 2002 Distinguished Scholar Lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 640–649
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & Whiteneck, G. (2010). Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults: association with quality of life and best correlates. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 19(5), 665
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and ana-lysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social science & medicine*, 71(12), 2141-2149
- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation
- Marian, M. (2007). Validarea Scalei de Satisfacție în Viață. Caracteristici psihometrice [Validation of the Satisfaction With Life Scale. Psychometric characteristics]. *Analele Universității din Oradea, Fascicula Psihologie*, 11, 58-70
- McDonnall, M. & Crudden, A. (2009). Factors affecting the successful employment of transition-age youths with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 103(6), 329-341
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice [MMFPS] (2013). Direcția Protecția Persoanelor cu Dizabilități. *Buletin statistic la 31 decembrie 2013*, preluat de pe <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/protectie-sociala/ppd/renph/3340-2014-05-19-ap-9>, la 07.04.2014, link corectat la 10.06.2015
- Opariuc-Dan, C. (2009). *Statistică aplicată în științele socio-umane. Noțiuni de bază – Statistici univariate*. Cluj-Napoca: ASCR & Cognitrom
- Opariuc-Dan, C. (2011). *Statistică aplicată în științele socio-umane. Analiza asocierilor și diferențelor statistice*. preluat de pe <https://www.researchgate>.

- net/publication/215691877\_Applied\_statistics\_in\_Sociohuman\_sciences\_\_Relations\_analysis\_and\_statistical\_differences, la 28.09.2014
- Organizația Mondială a Sănătății [OMS]. (2001, tr. 2004). *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF)*. București: Editura MarLink
- Organizația Mondială a Sănătății [OMS]. (2002). Lista tabelară a bolilor – ICD-10-AM. Volumul 1 al *Clasificării Internaționale Statistice a Bolilor și problemelor de sănătate înrudite, Revizia 10, Modificarea australiană*. Ediția a treia. Australia: Centrul Național de Clasificare în Sănătate
- Organizația Mondială a Sănătății [OMS]. (2006). ICD-10 Updates 2006. Ratified by WHO FIC Network at the annual meeting in Tunis, October 2006, preluat de pe <http://www.who.int/classifications/icd/2006Updates.pdf?ua=1>, la 18.11.2013
- Pădure, M. (2010). Interacțiunea utilizatorului cu deficiențe de vedere cu tehnologiile de acces. în *Revista Română de Interacțiune Om-Calculator*, 65-78. Editura MatrixRom
- Perenboom, R. J. & Chorus, A. M. (2003). Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and rehabilitation*, 25(11-12), 577-587
- Pește, A. (2013). *Perte translation of the DASS21*. preluat de pe <http://www2.psy.unsw.edu.au/groups/dass/Romanian/Pește.htm>, la 15.02.2014
- Piškur, B., Daniëls, R., Jongmans, M. J., Ketelaar, M., Smeets, R. J., Norton, M., & Beurskens, A. J. (2014). Participation and social participation: are they distinct concepts?. *Clinical rehabilitation*, 28(3), 211-220. DOI: 10.1177/0269215513499029
- Preda, V. (1993). *Psihologia deficiențelor vizuale*. Cluj-Napoca: Universitatea „Babeș Bolyai”, Catedra de psihologie (suport de curs multiplicat)
- Preda, V. (1999). Etiologia și clasificarea deficiențelor vizuale. în Preda, V. (coord.). *Intervenția precoce în educarea copiilor deficienți vizuali*, 4-24. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană
- Preda, V. (2015). Repere științifice pentru optimizarea educației speciale, educației specializate și integrate/ incluzive. În Roșan, A. (coord.). *Psihopedagogie specială, Metode de evaluare și intervenție*, 27-47. Iași: Editura Polirom
- Preda, V. R. & Pah, I. (2015). Dimensiuni și metode de evaluare a calității vieții în contextual dizabilității. În Roșan, A. (coord.). *Psihopedagogie specială, Metode de evaluare și intervenție*, 77-98. Iași: Editura Polirom
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Rosenberg, M. (2007). Scala de stimă de sine Rosenberg (adaptat de Moldovan, R.). în D. David (coord.), *Sistem de evaluare clinică*. Cluj-Napoca: Editura RTS
- Rozorea, A., & Mușu, I. (1997). Deficiența de vedere. În Stănică I., Popa M., Popovici D.-V., & Rozorea A. M., *Psihopedagogie specială – deficiențe senzoriale*, 189-381. București: Editura Pro Humanitate
- Scholz, U., Gutiérrez Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self – efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18 (3), 242-251
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self – Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*, 35-37. Windsor, England: NFER-NELSON
- Stevens, M.J., Constantinescu, P.-M., Lambru, I., Butucescu, A., Sandu, C.G., Uscatescu, L. (2012). Romanian adaptation of the Satisfaction With Life Scale. *Journal of Psychological and Educational Research*, 20 (1), 17-33
- Ștefan, M. (1999). *Psihopedagogia copiilor cu handicap de vedere*. București: Editura Pro Humanitate
- Vlăduțiu, C. (1995). Vederea binoculară și tulburările sale. în Pop, R. *Oftalmologie*, 56-70. Cluj-Napoca: Casa Cărții de Știință
- Whiteneck, G.G., Dijkers, M.P., Heinemann, A.W., Bogner, J.A., Bushnik, T., Cicerone, K.D., Corrigan, J.D., Hart, T., Malec, J.F., Millis, S.R. (2011). Development of the Participation Assessment With Recombined Tools – Objective for use after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; 92, 542-51
- Zamfir, C. & Vlăsceanu, L., (coord.) (1998). *Dicționar de sociologie*. București: Editura Babel

# **ANEXE**

**ANEXA 1****CHESTIONARUL PENTRU COLECTAREA DATELOR  
SOCIO-DEMOGRAFICE ȘI PRIVIND DIZABILITATEA  
FORMA PENTRU ADMINISTRARE PRIN INTERVIU**

1. Pentru a putea urmări cât timp a durat să-mi răspundeți la întrebări, voi nota ora.
2. Vă rog să îmi spuneți un pseudonim (o porecla sau inițialele numelui dumneavoastră) sub care doriți să participați la această cercetare, pentru a vă putea identifica pentru rezultate.
3. Voi nota genul dumneavoastră.
4. În ce dată v-ați născut? / Ce vârstă aveți?
5. Care este localitatea de reședință?/
6. Care este naționalitatea dumneavoastră?
7. Care este religia dumneavoastră?
8. Care este cel mai înalt nivel de studii absolvite? (enumerare variante)
9. Ce specializare aveți la ultimul program de studii absolvite?
10. Aveți alte cursuri de specializare sau formare? Ce anume? (ex. operare calculator, masaj)
11. Vă rog să îmi spuneți câți ani de studii aveți în total, începând din clasa I?
12. Sunteți angajat sau desfășurați activități pe cont propriu care vă aduc venituri?  
Dacă nu, Căutați un loc de muncă? Dacă da, Cu ce vă ocupați?
13. Care este statusul dvs. marital? (enumerare variante)
14. Sunteți implicat într-o relație de cuplu? De câți ani?
15. Aveți copii? Ce vârste au?
16. Locuiți împreună cu alte persoane sau singur/ă?  
Cu câte persoane locuiți și ce relație aveți cu acestea (soț, fiu, prieten ș.a.)?

17. În ceea ce privește situația dvs. financiară, cât de bine vă descurcați? Răspundeți pe o scală de la 1 la 10, în care 1 ar însemna că nu aveți resurse suficiente pentru a supraviețui, iar 10 că aveți semnificativ mai mulți bani decât aveți nevoie dumneavoastră și familia?
18. Aveți probleme de sănătate semnificative în afară de deficiența de vedere? Ce anume?
19. Cum apreciați sănătatea dumneavoastră per ansamblu? Răspundeți pe o scală de la 1 la 10, în care 1 ar însemna că sunteți o persoană foarte bolnavă, iar 10 că sunteți perfect sănătos.
20. Ce grad de deficiență de vedere aveți?
21. Aveți asistent personal sau îndemnizație pentru însoțitor?
22. Spuneți-mi vă rog dacă știți care este diagnosticul medical sau codul de boală de pe certificatul de încadrare în grad handicap?
23. Vă rog să-mi spuneți ce acuitate vizuală aveți, dacă o cunoașteți.
24. Vă rog să-mi spuneți ce câmp vizual aveți, dacă îl cunoașteți?
25. De la ce vârstă aveți deficiența de vedere?
26. De la câți centimetri puteți recunoaște o persoană pe care o cunoașteți bine, folosindu-vă numai de vedere, fără auz sau alte simțuri și în condițiile potrivite de luminozitate? (ex. aproximativ 10, 50, 100, 200, 500?)
27. De la câți centimetri puteți număra degetele unei persoane în condițiile potrivite de luminozitate? (ex. aproximativ 10, 50, 100, 200, 500?)
28. Ce mijloace ajutatoare folosiți pentru a compensa deficiența de vedere și a vă descurca mai bine în viața de zi cu zi? Exemple: ochelari, lupe de buzunar sau electronice, ceas cu sinteză vocală, telefon adaptat, bastonul alb, câine ghid, dispozitiv de etichetare etc.
29. Ce mijloace ajutatoare sau tehnologii de acces vă lipsesc și ați dori să achiziționați dacă v-ați permite sau ați găsi? Exemple: lupă electronică, reportofon cu ghidare vocală, ochelari sau baston cu ultrasunete pentru detectarea obstacolelor.
30. Cu ajutorul mijloacelor optice necesare (ochelari, lupe, magnifiere) în ce măsură vă puteți folosi vederea în viața de zi cu zi? Răspundeți pe o scală de la 1 la 10, în care 1 înseamnă că nu puteți percepe lumina și diferența ziua de noapte pe cale vizuală, iar 10 că puteți citi într-un ziar).



31. Tot pe o scală de la 1 la 10, cât de bine puteți să utilizați sistemul Braille pentru a citi și scrie?
32. Ați studiat într-o școală specială? Spuneți-mi, vă rog, câți ani.
33. Ați beneficiat vreodată de intervenție de specialitate pentru îmbunătățirea vederii (educație vizuală) sau a abilităților de viață independentă (orientare în spațiu, educație senzorială)? Ce anume?
34. În ce măsură puteți utiliza un computer personal? Răspundeți pe o scală de la 1 la 10, în care 1 înseamnă că nu îl utilizați deloc, 5 că îl utilizați complet independent pentru informare, studiu sau comunicare, iar 10 că vă puteți ocupa inclusiv de întreținere și depanare sau reparații minore.
35. Pe o scală de la 1 la 10, în ce măsură puteți să vă descurcați independent în viața de zi cu zi? 1 ar însemna că aveți nevoie permanent de ajutor, inclusiv pentru hrănire, iar 10 că vă descurcați complet independent din toate punctele de vedere, inclusiv cu deplasarea într-un loc străin.
36. Tot pe o scală de la 1 la 10, vă rog să-mi spuneți în ce măsură primiți de la rețeaua dumneavoastră socială (persoanele din jur) sprijinul de care aveți nevoie? 1 ar însemna că nu vă ajută nimeni cu nimic, iar 10 că primiți sprijinul necesar din toate punctele de vedere, atât practic cât și emoțional.

## ANEXA 2

### CHESTIONARUL PENTRU COLECTAREA DATELOR SOCIO-DEMOGRAFICE ȘI PRIVIND DIZABILITATEA FORMA PENTRU AUTOADMINISTRARE (ONLINE)

1. Vă rog să notați cât este ora.

2. Vă rog să notați un pseudonim, porecla sau inițialele numelui dumneavoastră.

3. Genul dumneavoastră.

☐

Feminin

☐

Masculin

4. Data nașterii: *Notați zi.luna.an sau vârsta în ani împliniți.*

5. Localitatea de reședință:

6. Naționalitatea:

7. Religia:

8. Care este cel mai înalt nivel de studii absolvite?

☐

Șc. profesională

☐

Liceu

☐

Șc. postliceală

☐

Facultate

☐

Studii postuniv.

9. Ce specializare aveți la ultimul program de studii absolvite?

10. Aveți alte cursuri de specializare sau formare? Dacă da, enumerați-le pe scurt (ex. reflexoterapie, masaj, operare calculator etc).

11. În total, câți ani de studii aveți, începând din clasa 1?

12. Dacă sunteți angajat sau desfășurați activități pe cont propriu care vă aduc venituri, cu ce vă ocupați? Dacă nu, vă rog să notați dacă sunteți în căutarea unui loc de muncă sau nu.

13. Care este statusul dvs. marital?



căsătorit



divorțat



văduv



necăsătorit

14. Dacă sunteți implicat într-o relație de cuplu, scrieți durata acesteia în număr de ani. Dacă nu, scrieți cifra 0.

15. Dacă aveți copii, scrieți vârstele lor separate prin virgulă. Dacă nu aveți, scrieți cifra 0.

16. Dacă locuiți împreună cu alte persoane, scrieți numărul lor și enumerați-le (ex. mama, fiul, soțul, prietena). Dacă locuiți singur, scrieți cifra 0. De exemplu: 3, mama, tata, fratele.

17. În ceea ce privește situația dvs. financiară, cât de bine vă descurcați? Răspundeți pe o scală de la 1 la 10, în care 1 ar însemna că nu aveți resurse suficiente pentru a supraviețui, iar 10 că aveți semnificativ mai mulți bani decât aveți nevoie dumneavoastră și familia?

18. Dacă aveți probleme de sănătate semnificative în afară de deficiența de vedere, vă rog să le notați pe scurt. De exemplu: deficiență de auz, hipertensiune, coxartroză.

19. Cum apreciați sănătatea dumneavoastră per ansamblu? Răspundeți pe o scală de la 1 la 10, în care 1 ar însemna că sunteți o persoană foarte bolnavă, iar 10 că sunteți perfect sănătos.

20. Ce grad de deficiență de vedere aveți?



deficiență gravă (anterior gradul I)



deficiență accentuată (anterior gradul II)



deficiență medie (anterior gradul III)

21. Aveți asistent personal sau indemnizație pentru însoțitor? Dacă da, ce anume.

22. Vă rog să notați diagnosticul medical sau codul de boală de pe certificatul de încadrare în grad handicap, dacă le cunoașteți. Dacă sunt mai multe, vă rog să le scrieți pe toate.

23. Dacă vă cunoașteți acuitatea vizuală, vă rog să o notați.

24. Dacă vă cunoașteți câmpul vizual, vă rog să îl notați.

25. De la ce vârstă aveți deficiența de vedere? Scrieți 0 dacă v-ați născut cu ea sau vârsta în ani dacă ați dobândit-o ulterior. Dacă este cazul, vă rog să menționați pe scurt cum a progresat.

26. De la câți centimetri puteți recunoaște o persoană pe care o cunoașteți bine, folosindu-vă numai de vedere, fără auz sau alte simțuri și în condițiile potrivite de luminozitate? *Scrieți 100, 200, 300 etc. pentru a vă referi la 1 metru, 2 metri, 3 metri etc.*

27. De la câți centimetri puteți număra degetele unei persoane în condițiile potrivite de luminozitate? *Scrieți 100, 200, 300 etc. pentru a vă referi la 1 metru, 2 metri, 3 metri etc.*

28. Ce mijloace ajutoare folosiți pentru a compensa deficiența de vedere și a vă descurca mai bine în viața de zi cu zi? Enumerați-le în ordinea utilității lor. *Exemple: ochelari, lupe de buzunar sau electronice, ceas cu sinteză vocală, telefon adaptat, bastonul alb, câine ghid, dispozitiv de etichetare etc.*

29. Ce mijloace ajutoare sau tehnologii de acces vă lipsesc și ați dori să achiziționați dacă v-ați permite sau ați găsi? *Exemple: lupă electronică, reportofon cu ghidare vocală, ochelari sau baston cu ultrasunete pentru detectarea obstacolelor*

30. Dacă folosiți mijloacele optice necesare (ochelari, lupe, magnifiere) în ce măsură vă puteți folosi vederea în viața de zi cu zi? Răspundeți pe o scală de la 1 la 10, în care 1 înseamnă că nu puteți percepe lumina și diferenția ziua de noapte pe cale vizuală, iar 10 că puteți citi într-un ziar).

31. Tot pe o scală de la 1 la 10, cât de bine puteți să utilizați sistemul Braille pentru a citi și scrie?

32. Dacă ați studiat într-o școală specială, notați nr. de ani. Dacă nu, scrieți 0.

33. Ați beneficiat vreodata de intervenție de specialitate pentru îmbunătățirea vederii (educație vizuală) sau a abilităților de viață independentă (orientare în spațiu, educație senzorială)? Scrieți ce anume.

34. În ce măsură puteți utiliza un computer personal? Răspundeți pe o scală de la 1 la 10, în care 1 înseamnă că nu îl utilizați deloc, 5 că îl utilizați complet independent pentru informare, studiu sau comunicare, iar 10 că vă puteți ocupa inclusiv de întreținere și depanare sau reparații minore.

35. Pe o scală de la 1 la 10, în ce măsură puteți să vă descurcați independent în viața de zi cu zi? 1 ar însemna că aveți nevoie permanent de ajutor, inclusiv pentru hrănire, iar 10 că vă descurcați complet independent din toate punctele de vedere, inclusiv cu deplasarea într-un loc străin.

36. Tot pe o scală de la 1 la 10, în ce măsură primiți de la rețeaua dvs. socială (pers. din jur) sprijinul de care aveți nevoie? 1 ar însemna că nu vă ajută nimeni cu nimic, iar 10 că primiți sprijinul necesar din toate punctele de vedere, atât practic cât și emoțional.

## ***POSTFAȚĂ***

Integrarea persoanelor cu dizabilități este semnalată a fi o problemă prioritară în toate documentele internaționale privind politicile și strategiile sociale, înregistrându-se în această direcție un interes crescut în ultimele decenii și din punct de vedere științific.

Lucrarea cu titlul *„Aspecte ale participării socio-profesionale în contextul deficienței de vedere”* se remarcă prin studiul unei tematici noi în domeniul psihopedagogiei speciale – derivate din problematica incluziunii – propunând o abordare multidimensională a deficienței vizuale, conformă modelului biopsihosocial al dizabilității.

Pe parcursul lecturării cărții colegei mele, am apreciat în mod deosebit curajul de a aborda o temă dificilă și ambiguă, puțin studiată anterior, contribuțiile în direcția conceptualizării și operaționalizării participării, calitatea metodologiei cercetării, a instrumentului conceput, dar și auto-critica obiectivă și diversitatea deschiderilor posibile pentru cercetări viitoare.

Am remarcat o atenție crescută la detaliile culegerii datelor, cu o metodologie corectă, conformă standardelor internaționale actuale, precum și o foarte bună selecție a instrumentelor utilizate, având contribuții personale semnificative în acest sens. Cu toate că numărul de participanți este aparent relativ modest, este considerabil efortul depus pentru derularea interviurilor individuale cu majoritatea acestora, precum și a interviurilor de verificare pentru o parte a protocoalelor care au fost completate inițial online, de unde reiese în mod clar încercarea de a lucra cu date cât mai corecte. Per ansamblu, consider cele două modalități alternative de culegere a datelor utilizate ca fiind foarte potrivite pentru grupul țintă ales și obiectivele cercetării.

Lucrarea reprezintă o contribuție semnificativă la dezvoltarea acestui domeniu și deschide numeroase perspective de cercetare noi, motiv

pentru care o recomand mai ales studenților și cercetătorilor în domeniul psihopedagogiei speciale și celor conexe, precum și specialiștilor care își desfășoară activitatea cu persoane cu dizabilități. De asemenea, lucrarea este deschisă publicului larg, printr-o accesibilitate crescută atât la nivel teoretic cât și în ceea ce privește modalitatea de prezentare a aspectelor legate de cercetare.

Oradea,  
10.12.2015

**Conf.univ.dr. Ioan Chelemen,**  
Departamentul de Științe ale Educației,  
Facultatea de Științe Socio-Umane,  
Universitatea din Oradea



ISBN: 978-973-595-938-8